# Centralblatt

für

# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

*Unter Mitwirkung der Herren*

Dr. Dr. Professor **O. Berger** (Breslau), Professor **Blumenstok** (Krakau), Docent **Domanski** (Krakau), **Eisenlohr** (Hamburg), **Goldstein** (Aachen), **Hinze** (St. Petersburg), **Karrer** (Erlangen), **Kohlmann** (Remagen), **Krueg** (Ober-Döbling), Docent **Kuessner** (Jena), Professor **Lichtheim** (Jena), **Lubimoff** (Moskau), **v. d. Marck** (Bendorf), **Nieden** (Bochum), Docent **Obersteiner** (Wien), Docent **Rosenbach** (Breslau), **G. Salomon** (Hamburg), Docent **Fr. Schultze** (Heidelberg), Docent **Smoler** (Prag), Docent **Sonnenburg** (Strassburg i. E.), **Sury-Bienz** (Basel), **Volland** (Davos-Dörfli)

*herausgegeben und redigirt*

von

## Dr. med. A. Erlenmeyer,

**dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."**

## I. Jahrgang 1878.

Commissionsverlag von Georg Böhme in Leipzig.

# Verzeichniss der Originalarbeiten.



Ein sehr genaues alphabetisch geordnetes Inhaltsverzeichniss über die Referate und ihre Autoren findet sich am Ende des Blattes.

# Inhalts-Verzeichniss.

## Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten.

# CENTRAL-BLATT

für

# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt

von

**Dr. med. A. ERLENMEYER,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — 1½ Bogen stark.**

Preis des Jahrgangs 6 Mark.

Nur durch die Post zu beziehen. — Insertionspreis auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 1. 1. Jahrgang. 1878.**


## Die Metallotherapie


von Dr. med. THEOD. KÖLLIKER in Würzburg.


Im Jahre 1849 trat Dr. Burq in Paris zum erstenmale mit der Behauptung an die Oeffentlichkeit, dass Kranke, die durch die mannichfachsten Krankheitsprocesse an Verlust der allgemeinen oder speciellen Sensibilität litten, diese wieder erlangen könnten, wenn man auf die anästhetischen Stellen Metallplatten auflege. Nicht jedes beliebige Metall wirke bei jedem Patienten gleichmässig, vielmehr habe er eine gewisse Idiosynkrasie der Kranken gegen die Metalle constatiren können, derart, dass bei Einem nur Gold, bei einem Andern nur Kupfer, bei Diesem nur Blei, bei Jenem nur Zink wirke, ohne dass in den einzelnen Fällen das eine Metall das andere zu ersetzen vermöge.

Lange Jahre blieben diese Mittheilungen von der Wissenschaft gänzlich unbeachtet, und erst als durch die constanten Erfolge aufmerksam gemacht, Charcot sich der Sache annahm, und unter seinen Augen in der Salpetrière von Burq einzelne Kranke behandeln liess, begann man dieser Sache die nöthige Aufmerksamkeit zu widmen. Die *Société de Biologique zu Paris* ernannte sofort eine Commission bestehend aus Charcot, Luys, Dumontpallier, die noch Gellé und Regnard zuzogen, mit dem Auftrage, die Metalloscopie und Metallotherapie des Dr. Burq zu prüfen und der Gesellschaft darüber zu berichten.

Diesen Berichten der genannten Commission, namentlich den Untersuchungen Regnard's, einer grösseren Arbeit von Burq*) selbst &c. entnehmen wir im Wesentlichen Folgendes:

*) Gaz. medic. de Paris 1877. Nr. 8, 17, 31, 35, 37, 39.

Zunächst ist es nothwendig, das für jeden Kranken geeignete Metall zu suchen (Metalloscopie), wozu es genügt auf den verschiedenen anästhetischen Stellen verschiedene Metallplatten während 10—20 Minuten zu fixiren.

Nach dieser Zeit findet sich, dass im Niveau einer Platte, deren Metall dann aber das geeignete ist, die Sensibilität sich wieder retablirt hat, indem Berührungen, Nadelstiche, Temperaturen &c. wieder empfunden werden.

Bei den anderen aufgelegten Metallplatten ist etwas derartiges nicht zu beobachten. Diese Versuche müssen der Sicherheit wegen wiederholt werden.

Hier ist die Behauptung Burq's hervorzuheben, dass das auf der Haut wirkende Metall auch dasjenige sei, welches bei innerlicher Verabreichung Heilung bringe, und dass umgekehrt aus der Wirkung eines innerlich angewandten Metalles auf dessen äussere geschlossen werden könne; namentlich soll ersteres bei Neurosen auf chlorotischer Basis — wo wir stets Eisenpräparate zu geben gewohnt sind — in Betracht kommen.

Wird nun das auf diese Weise als wirksam befundene Metall an einer anästhetischen Stelle applicirt, so empfindet der Kranke nach einer Zeit von circa 15 Minuten unter der Platte ein Gefühl von Wärme, die nach und nach zur Hitze sich steigert. Nimmt man die Platte ab, so kann man leicht auf der jetzt roth gewordenen und sich wärmer anfühlenden Hautstelle die Rückkehr der Sensibilität constatiren. Dasselbe gilt auch für die allernächste Umgebung, während etwas weiter eine Zone von Dysästhesie oder Parästhesie folgt. Die Temperatursteigerung ist erheblich und kann z. B. bei Application des Metalles auf den Vorderarm durch ein Thermometer, welches in der betreffenden Hand gehalten wird, constatirt werden. Gleichzeitig nimmt die Muskelkraft zu, wie objectiv durch das Dynamometer nachgewiesen werden kann. Bei Stichen in die Hautstellen, wo die Platten lagen, fliesst mehr und leichter Blut, als bei gleicher Verletzung anderer Theile. Diese Erscheinungen bleiben meist 2—3 Stunden nach dem die Metallplatte aufgelegt war, bestehen; dann bildet sich allmälig wieder die Anästhesie aus, die Kranken bekommen leicht Kopfschmerz und Neigung zum Schlaf.

Interessant ist hierbei, dass die Sensibilität der einen Seite durch die Metallplatten hervorgerufen, sich auf Kosten derjenigen der anderen Seite herstellt, derart, dass wenn z. B. am Vorderarm der linken Seite die Sensibilität hervorgerufen wird, sie am Vorderarm der rechten Seite verloren geht. Dasselbe gilt auch für partielle Anästhesien z. B. des Geschmack- oder Geruchssinnes &c., wie überhaupt bei diesen keine von der oben angegebenen verschiedene Wirkung zu erkennen ist.

Die Frage nach dem „Wie?“ der Wirkung der Metallplatten wurde in der Weise zu beantworten versucht, dass man die auf die Haut applicirten Platten mit einem Galvanometer (Dubois) verband, und die von ihnen ausgehenden electrischen Ströme maass. Damit, dass dies überhaupt gelang, ist die Ansicht derjenigen, zu denen, wenn ich nicht irre Burq selbst gehört, welche behaupteten, die

Wirkung der Platten beruhe nicht auf dem Entstehen electrischer Ströme, stark erschüttert. Immerhin bleibt es noch unerklärt, wesshalb Kranke, bei denen Goldplatten (20francstücke) wirksam waren, sich gegen Kupferplatten, von denen stärkere Ströme ausgehen, indifferent verhalten. Goldplatten gaben Ströme von 2°—12°, Kupferplatten von 40°—45°. Ferner zeigte sich, dass man mit electrischen (Batterie) Strömen gleicher Intensität, wie die von den Metallplatten erzeugten, gleiche Erfolge erzielte. Hierbei fand Regnard noch die bemerkenswerthe Thatsache, dass electrische Ströme nur bei einem gewissen Grad von Intensität wirksam sind, und bei einem darüber oder darunter liegenden Grade wirkungslos bleiben. So verlor sich z. B. bei einem Kranken die Anästhesie bei einem Strome von 10° Nadelablenkung, blieb dagegen bei einem Strome von 40° unverändert bestehen, schwand dagegen wieder bei einer Stromintensität von 90°.

Hieraus schliesst R., dass es bei der Wirkung der Ströme gewissermaassen active und neutrale Punkte gibt, und dass Ströme von der Intensität, die den neutralen Punkt entspricht unwirksam sind. Hierauf beruhe die Idiosynkrasie gegen die Metalle, indem die Metalle, deren electrische Ströme von gleicher, neutralen Punkten entsprechender Intensität seien, unwirksam wären.

Dies wäre im Wesentlichen der Inhalt des Commissionsberichtes über die Metallotherapie, eine Frage, die entschieden noch sub judice steht.

Es sind desshalb gerade weitere Versuche erwünscht, die in einfachster Weise anzustellen sind. Die betr. Platten, wozu man event. Geldstücke benutzt, werden auf einem 2—3 Finger breiten Streifen von Leinwand oder Leder durch einen Kreuzstich angeheftet, und dann der betr. anästhetischen Stelle aufgelegt. Dr. Burq in Paris liefert übrigens auch elegante Etuis, in denen die verschiedenen Metalle in geeigneter Form, wie sie die Praxis am Meisten erfordert, enthalten sind.

---

# Referate.

**1) Professor Erb (Heidelberg). Halbseitenlaesion des Rückenmarks. Brown-Séquard'sche Spinallähmung. — Hemiplegia et Hemiparaplegia spinalis.**

(Erb, Krankheiten des Rückenmarks und seiner Hüllen, II. Abth. Leipzig 1877.)

Jede genau halbseitige Affection des R. M. bringt ungeachtet ihrer ätiologischen Qualität ein characterisches Symptomenbild hervor, auf das zuerst Brown-Séquard 1863*) hinwies, und für welches er die gekreuzte motorische und sensible Lähmung als Hauptmerkmal hinstellte. Traumen, Compression des R. M. durch Tumoren, Wirbelfracturen oder Luxationen, ferner Hämorrhagieen, sklerotische Heerde, chronisch-myelitische, syphilitische Processe,

*) Journal de la phys. de l'homme et des animaux. 1863. VI. p. 124, 232, 581.

intramedullare Tumoren &c. &c. können alle den Symptomencomplex der Halbseitenlaesion hervorrufen. Derselbe entsteht entweder plötzlich oder schleichend je nach der Ursache. Die Analyse desselben ergibt im Einzelnen Folgendes:

*A. Auf der Seite der Laesion finden sich*

1) eine auf diese Seite beschränkte, also halbseitige motorische Lähmung, die entweder das Bein (Hemiparaplegie) oder bei höherem Sitz der Laesion auch den gleichseitigen Arm (spinale Hemiplegie) befällt. 2) Die Zeichen vasomotorischer Lähmung, besonders wenn die Affection sich schnell entwickelt hat: die Temperatur der gelähmten Glieder ist oft um 1,° C. erhöht. 3) Verminderung des Muskelgefühles und des Muskelsinnes. 4) Hyperästhesie für alle Empfindungsqualitäten. 5) Diese hyperästhetische Partie wird nach oben begrenzt von einer anästhetischen Zone, welche genau der Höhe und Längsausdehnung der Laesion des R. M. entspricht. 6) Manchmal ist über diesem empfindungslosen Gürtel noch eine hyperästhetische Zone, die, wenn sie vorhanden, sich auch auf die andere Körperseite erstreckt, und diese auch gürtelförmig umzieht. 7) Ueber die Reflexe finden sich widersprechende Angaben bei den Autoren; die einen fanden sie gesteigert, die anderen vermindert. Sehnenreflexe fand Erb in einem Falle erheblich gesteigert.

*B. Auf der der Laesion gegenüberliegenden Seite*

finden sich: 1) Keine, oder nur ganz untergeordnete motorichen Störungen. 2) Erhaltung des Muskelgefühls und der electromusculären Sensibilität. 3) Vollständige Anästhesie für alle Empfindungsqualitäten; dieselbe geht genau bis zur Mittellinie, was am Scrotum deutlich nachweisbar ist. 4) An der oberen Grenze dieser empfindungslosen Partie findet sich zuweilen ein hyperästhetischer Gürtel, (cf. A. 6) der in den der gelähmten Seite übergeht. 5) Reflexe normal oder leicht gesteigert. 6) Fehlen der vasomotorischen Lähmung; nur in alten Fällen ändert sich dies Verhalten der Art, dass die anästhetischen Glieder eine erhöhte Temperatur haben und die gelähmten eine abnorm niedrige Temperatur zeigen.

Von anderweitigen Symptomen ist noch anzuführen Gürtelgefühl in der Höhe der Laesion, schmerzhafte Sensationen bald in der anästhetischen, bald in der gelähmten und hyperästh. Seite, Störungen der Harn- und Kothentleerung, Herabsetzung der geschlechtlichen Potenz, deutliche Abmagerung der gelähmten Seite (Verminderung der farad. Erregbarkeit).

Zur physiologischen Erklärung dieser Symptome sind folgende Thatsachen heranzuziehen. Die motorischen Bahnen kreuzen sich bekanntlich hoch oben in der med. oblong. und im R. M. (Pyramidenkreuzung) und verlaufen von da ab für jede Körperseite in der gleichnamigen R. M's. Hälfte. Durchschneidung der rechten R. M's.

Hälfte ergibt also motorische Lähmung der rechten Körperseite und der rechten Extremitäten (entsprechend der Höhe der Durchschneidung). Die vasomotorischen Bahnen verlaufen ihrer Hauptmasse nach ungekreuzt in den Vordersträngen; eine Laesion derselben kann also nur gleichseitige Folgeerscheinungen hervorrufen. Auch die sensiblen Bahnen haben eine Kreuzung, was Brown-Séquard wohl am ersten behauptete*); er gab an, dass die sens. Bahnen, welche die Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung und das Kitzelgefühl leiteten, sich sehr nahe ihrer Eintrittsstellen in das R. M. mit jenen der anderen Seite kreuzten und dann in der entgegengesetzten R. M's. Hälfte zum Gehirne verliefen. Nur die Bahnen für den s. g. Muskelsinn, die mit den vorderen Wurzeln in das R. M. eintreten, sollten an dieser Kreuzung nicht theilnehmen, sondern wie die motorischen Bahnen auf der gleichen Seite durch das R. M. laufen. Die vier verschiedenen Leitungsbahnen sollen sich in verschiedener Höhe kreuzen, diejenigen für die Temperaturempfindung etwas früher wie die anderen; sie sollen im weiteren Verlaufe an verschiedenen bestimmten Punkten des Querschnittes getrennt von einander liegen; die sensibeln Bahnen der unteren Extremitäten sollen im Cervicalmark nach hinten von denen für die oberen Extremitäten liegen. Diese lang angezweifelten Angaben w rden in neuerer Zeit namentlich nach den Untersuchungen von Schiff**) allgemein anerkannt. Durchschneidung einer Rückenmarkshälfte würde also eine entsprechende Anästhesie der entgegengesetzten Körperhälfte für Tast-, Schmerz-, Temperatur- und Kitzelempfindung bedingen, während auf der gleichnamigen Körperseite die genannten Empfindungen erhalten bleiben, aber der Muskelsinn verloren geht, der dafür auf der entgegengesetzten Seite erhalten bleibt. Die auf Durchschneidung einer R. M's. Hälfte erfolgende cutane Hyperästhesie für alle Empfindungsqualitäten der gleichseitigen Körperhälfte wird theilweise auf die der Durchschneidung folgende Entzündung des R. M. und dadurch bedingte grössere Erregbarkeit der sensibeln Bahnen zurückgeführt, hat aber wahrscheinlicherweise ihren Grund in dem durch die Durchschneidung herbeigeführten Ausfalle von Hemmungsvorrichtungen.

Am deutlichsten und uncomplicirt tritt das ganze Symptomenbild auf bei einer Laesion des Dorsaltheiles. Bei der Halbseitenlaesion der Lendenanschwellung findet man auf der gelähmten Seite noch eine anästhetische Zone, welche dem Verbreitungsbezirke eines oder mehrerer Lendennerven entspricht (also nicht gürtelförmig), wodurch leicht der Irrthum erweckt werden kann, als sei die Anästhesie auf beide Unterextremitäten verbreitet. Am verwickelsten kann das Bild sein bei der Affection des Cervicaltheiles wegen der Erscheinungen am Gesicht, den Augen und gewissen Hirnnerven, dann wegen den von dem höheren oder tieferen Sitz der Laesion innerhalb der Cervicalanschwellung abhängigen Varietäten in den Erscheinungen. So muss z. B. eine verschiedenartige motorische Lähmung entstehen, wenn die Laesion im Bereiche der oberen Wur-

*) Compt. rendus de la Soc. de Biolog. 1849.
**) Centralblatt für die medic. Wissensch. 1872. Nr. 49.

zeln des Plexus brachialis ihren Sitz hat, als wenn sie die unteren Wurzeln betrifft.

Verlauf, Dauer und Ausgänge hängen ab von der zu Grunde liegenden anatomischen Störung. Bei Traumen breitet sich die Entzündung rasch über den ganzen R. M's. Querschnitt aus und die transversale Myelitis (Paraplegie) führt zum Tode. Die Paraplegie kann sich auch zurückbilden, und das ursprüngliche Bild bleibt Jahre lang stationär. Man hat auch völlige Heilungen gesehen. Auffallenderweise und im Gegensatze zu den peripheren Nervenverletzungen bildet sich die Motilitätsstörung früher und vollständiger zurück als die Sensibilitätsstörung.

---

2) **Remak** (Berlin). Ein Fall von atrophischer Spinallähmung durch traumatische halbseitige Blutung in die Halsanschwellung des Rückenmarks.

(Berl. kl. W. 1877. Nr. 44.)

Ein 27jähriger Bauarbeiter stürzte am 27. Febr. v. J. zwei Stockwerk hoch von einem Gerüste herunter auf den Rücken. Verlust des Bewusstseins. Starke Schmerzen im Rückgrat bei Bewegungsversuchen; ausserdem in der linken Schulter und Oberarm. Nach 8 Tagen Nachlass der ersteren. Linke Hand und linkes Bein waren von vornherein lahm, das rechte Bein unempfindlich. Zu der linksseitigen Lähmung kam allmälig Atrophie, die namentlich den ersten Zwischenknochenraum, weniger die übrigen betraf, dann sich auch auf den Kleinfingerballen und Daumenballen ausdehnte; der Opponens poll. war erhalten. Der Daumen hatte die Gestalt der langen Finger (Fehlen der normalen Dorsalflexion der zweiten Phalanx); die langen Finger bei gestreckter Haltung in Krallenstellung. Am Vorderarm ist die Atrophie eine allgemeine; nur der Supinator longus ist frei. Der Umfang ergibt eine Differenz von 2 Cent. zu Ungunsten des linken. Am Oberarm und Schulter keinerlei Atrophie. In den atroph. Muskeln fibrilläre Zuckungen. An Nägeln, Gelenken und Knochen keine trophischen Störungen, die Hand ist auffallend warm, neigt zu lebhafter Schweisssecretion. Sämmtliche intendirte Bewegungen von Finger, Hand und Arm erfolgen nicht ganz analog der mehr weniger ausgesprochenen Atrophie der betr. Muskeln, wie es bei der gewöhnlichen progressiven Muskelatrophie der Fall ist, die erhebliche Funktionsstörung wird vielmehr durch einen entsprechenden Schwund der Muskeln n i c h t gedeckt. Dieser g e g e n eine progressive Muskelatrophie sprechende Befund wird noch unterstützt durch das Ergebniss der electrischen Exploration. Diese ergibt bekanntlich (D u c h e n n e) bei progressiver Muskelatrophie eine Persistenz der Muskel- und Nervenerregbarkeit für den inducirten Strom in gleichem Maasse als Muskelfasern vorhanden sind. Die Muskelfasern sollen bisweilen auch auf galvanische Reizung mit Entartungsreaction reagiren (E r b). In dem vorliegenden Fall ist nun die farad. Erregbarkeit der gelähmten Extensoren des Daumens und der Abductor poll. longus völlig aufgehoben. Ebenso fällt bei der farad. oder galvan. Reizung des Radialstammes die Contraction dieser Muskeln aus. Dagegen lassen sich functionsfähige Fasern in denselben dadurch nachweisen, dass bei directer galvan. Reizung träge Contractionen bewirkt werden, wobei An. Sz. $>$ Kath. Sz. (Entartungsreaction mit qualitativer Veränderung der Formel.) Ebenso sind die Interossei für den Induct. unerregbar, zeigen aber bei galvan. Reizung Entartungsreaction. Dadurch wird der Fall als eine atrophische Lähmung sicher gestellt, wie sie entstehen kann durch jede schwere Laesion der motorischen

Nervenleitung zwischen den grauen Vordersäulen und der intramuskularen Nervenverbreitung. Von einer peripheren Laesion muss bei der diffusen Betheiligung verschiedener Nerven abstrahirt werden; ebenso spricht nichts für eine Plexuslaesion. Dagegen wird die Annahme eines centralen Sitzes ausser durch eine linksseitige Sympathicuslähmung (linke Pupille constant enger als die rechte; linke Augenspalte kleiner; linker Bulbus weniger gespannt) durch folgendes gestützt: Sehnenreflexe (Patella) links bedeutend gesteigert, Hyperalgesie im linken Bein, rechts beträchtliche Herabsetzung der Sensibilität namentlich der Schmerzempfindung und des Temperatursinnes, weniger des Drucksinnes. Diese Störung der Hautsensibilität — die s. g. Muskelsensibilität ist intact — schneidet genau in die Mittellinie ab.

Nach alledem muss es sich um eine atrophische Spinallähmung handeln, als deren Ursache eine circumscripte Blutung angesehen werden muss, und die ihren Sitz hat in der linken Hälfte der grauen Substanz des unteren Abschnittes der Cervicalanschwellung. Sie kann keine bedeutende Höheausdehnung gehabt haben, da sonst mehr Muskeln von Lähmung und Atrophie befallen sein müssten; die Breitenausdehnung kann auch nicht erheblich sein, weil sonst durch Affection des linken Seitenstranges die Lähmung der linken Unterextremität ausgeprägter wäre. Sie muss die hinteren Partieen der grauen Substanz ergriffen haben, weil sie gekreuzte Sensibilitätsstörung der rechten Unterextremität bewirkt hat. Sie betrifft den unteren Theil der Cervicalanschwellung gemäss der Localisation der afficirten Armmuskeln und der Betheiligung des linken Sympathicus. Therapie: centrale galvan. Behandlung, namentlich s. g. Galvanisation des Sympathicus. Dieselbe war in vorliegendem Falle von günstigem Erfolge begleitet.

---

3) **Gläser** (Hamburg). Hemiplegia spinalis sinistra.
(Berl. klin. Wochenschr. 1877. Nr. 45.)

Eine 34 Jahre alte, wohlgenährte, musculöse Frau von gesunder Hautfarbe und regelmässigem Körperbau, normalen Herz und Lungen, die in den letzten 10 Jahren 5 Geburten überstanden hatte, erkrankte an starker Diarrhoe mit Colikschmerzen, ohne Tenesmus; trotz guter Erhaltung des Appetites trat grosse Ermattung ein. Vierzehn Tage nach diesem Anfalle bekam sie Schwindel, der sie am Aufstehen hinderte, und eine schnell vorübergehende Störung des Sehvermögens während des Ankleidens. Bald nachher trat unter plötzlichen Schmerzen in der ganzen linken Körperhälfte das Unvermögen ein, die Extremitäten der linken Seite zu bewegen und den Kopf nach links zu drehen, zugleich Anschwellung der linken Gesichts- und Körperhälfte. Die Sprache war nicht gestört. Der linke Arm ist beträchtlich ödematös und geröthet, das linke Bein ebenfalls stark geschwollen, am Knie 4—5, an der Wade 1—2 Centim. dicker als das rechte, aber nicht verfärbt und bildet bei Fingerdruck keine Gruben. Die Beweglichkeit in den linksseitigen Extremitäten ist vollkommen aufgehoben bis auf den Daumen und die grosse Zehe. Die Thoraxhälften bewegen sich beiderseits gleich, die linke Hälfte der Bauchpresse wirkt schwächer. Gesicht, Zunge, Pupillen normal. Auf der ganzen linken Seite mit Einschluss des

Gesichts und der Extremitäten beträchtliche Hyperästhesie. Am linken Gesichte Hypersecretion von Schweiss. Kitzeln der linken Fusssohle löst keine Reflexe aus. Ueber Sehnenreflexe ist leider nichts bemerkt. Rechterseits Motilität intact; Tastkreise deutlich vergrössert. (Ueber Schmerzgefühl nichts angegeben.) Reflexe erfolgen gering auf Kitzeln der rechten Sohle. Puls beiderseits gleich. Temperatur dagegen links constant erhöht um 0,2 bis 0,8, wenigstens fand sich dieser Befund zu Gunsten der linken Seite in reichlich 85 % aller Beobachtungen, die mit den nöthigen Cautelen angestellt sind. Die linksseitige Temperatur hatte stets febrilen Character. Eine hyperästh. Zone über der anästhetischen fand sich nicht. Linke Pupille einmal erweitert im Verlaufe der Krankheit. Links starke Sudamina; profüse Schweisssecretion. Nach 14 Tagen beginnen ohne jede Behandlung alle Erscheinungen allmälig zurückzugehen, sodass Patientin am 30. Tage aus dem Hospital als genesen entlassen wird.

---

### 4) **Yeo**. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit mit abnormen Erscheinungen.

(Vortrag, gehalten in der klin. Ges. zu London am 9. März 1877. Nach der Gazette medicale de Paris.)

Eine verheir. Frau von 35 Jahren leidet seit 8 Monaten an Herzpalpitationen, gleichzeitig hat sie Schmerzen in der linken Seite, die von Husten und Dyspnoe begleitet sind. Sie magert ab, hat Anorexie, Erbrechen, Diarrhoeen und profuse Schweisse. Vor 18 Monaten nach einem fieberhaften Wochenbett bekam ihr Blick etwas fremdes und wildes. Als Y. sie zuerst sah, bemerkte er linksseitigen Exophthalmos und eine Hypertrophie des rechten Schilddrüsenlappens. Der Puls 136 in der Min. Einen Monat später verlor die Patientin die Haare der linken Augenbraue und die Wimpern des linken unteren und oberen Augenlides vollständig. Luftveränderung und Jodkalium brachten etwas Besserung, aber nach 5 Monaten verschlimmerten sich alle Symptome bes. die Diarrhoe. Zu gleicher Zeit hörte man ein systolisches Blasen an der Herzbasis und im Verlaufe der Carotiden. Ein Monat später trat rechtsseitiger Exophthalmos ein mit Anschwellung der linken Schilddrüse. Brauen- und Lidhaare begannen auszufallen. Blutige Sputa verschlimmerten das Krankheitsbild noch mehr.

Auffallend ist das gekreuzte Auftreten der Symptome und der Ausfall der Haare. Verf. glaubt an einen centralen Sitz der Laesion.

---

### 5) Prof. **Erb** (Heidelberg). Ueber Poliomyelitis anterior chronica nebst Bemerkungen über die diagnostische und pathologisch-physiologische Bedeutung der Entartungsreaction.

(Vortrag, gehalten bei der II. Wanderversamml. südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte, am 2. Juni 1877. Westphal's Archiv. Bd. VIII. Heft 1.)

Im Anschluss an einen Fall von Poliomyelitis anterior chron. der die deutlichste Entartungsreaction zeigte, fasst E. seine Erfahrungen über diese Reactionsform bei spinalen Erkrankungen folgendermaassen zusammen:

1) Ausgesprochene, vollständige Entartungsreaction (mit Lähmung, Atrophie und aufgehobenen Reflexen) spricht für Poliomyelitis anterior acuta (spinale Kinderlähmung) und chronica;
2) die Mittelform der Ent. bei gesteigerter galvan. Erregbarkeit der Muskeln (mit Lähmung und Atrophie, aber bei erhaltenen Reflexen) spricht für amyotrophische Lateralsclerose (Charcot);
3) die Mittelform der Ent. bei gewöhnlich schon verminderter galvan. Erregbarkeit der Muskeln, und nur in einzelnen Muskeln und Muskelgruppen nachweisbar, (ohne Lähmung, mit Atrophie und gewöhnlich erhaltenen Reflexen) spricht für progressive Muskelatrophie resp. Bulbärparalyse. Dies gilt jedoch nur für bestimmte Stadien der Krankheit resp. für bestimmte Muskelgruppen.

---

6) Dr. **Ed. Arens** (Luxemburg). Beiträge zur Lehre der Reflexneurosen des Opticus.

(Bulletin de la société des sciences médicales du Grand-duché de Luxembourg 1877.)

*1. Amblyopie durch Parametritis chronica atrophicans.*

Eine Patientin, 31 Jahre alt, dickleibig, von kräftigem Körperbau, ist seit mehreren Jahren auf dem linken Auge allmälig erblindet; die Sehkraft des rechten Auges hat in der letzten Zeit stark abgenommen. Dies habe sich von dem Momente an langsam entwickelt, wo die Menses ausblieben, was vor 6—7 Jahran geschah. Am linken Auge kaum quantitative Lichtempfindung, rechts Sehschärfe = 1/20, Suellen XVI, wird eben gelesen, Sehfeld stark concentrisch eingeengt, Spannung der Bulbi normal. Ophthalmoscopisch links Atrophia nervi optici, rechts kein nachweisbarer objectiver Befund.

Da nach der Angabe der Pat. die Abnahme des Sehvermögens in Verbindung mit der Cessatio mensium aufzufassen war, überdies kein Symptom auf eine intracranielle Ursache der Opticuserkrankung hinwies, ausserdem Zucker und Eiweiss im Urin fehlten, das Herz normal war und jede Blutintoxication als Veranlassung der Bindegewebswucherung im Opticus sich der Auffindung entzog, so wurden die Genitalien untersucht.

Es fand sich Knickung des Mutterhalses nach vorne und retroflexio uteri; uterus klein, hart, schwer beweglich, ein Befund, den Verf. mit Anschluss an die Cessatio mensium und den chronischen Verlauf der Krankheit als Parametritis chronica atrophicans (Freund) ansprach, zumal bei der Pat. hysterisch-neurotische Erscheinungen nicht fehlten (schmerzhafte Empfindungen im Gebiete des Trigeminus und Opticus).

Nach einer vergeblichen Behandlung mit Strychnininjectionen und Emenagogis suchte Verf. den Grund der Herabsetzung des Sehvermögens im rechten Auge und den der Erblindung des linken in einer serösen Ausschwitzung in den Zwischennervenbündelraum, die durch leichte Hyperämie des opticus entsteht und sich dem ophthalmoscop. Nachweise entzieht, und verordnete täglich 0,25 Calomel und applicirte ein Vesicator auf den Nacken. Nach 12 Tagen wurde die Kranke als geheilt entlassen. Ein Jahr später war sie noch in demselben guten Verhalten. Die Menses waren nicht zurückgekehrt.

*2. Amblyopia fere amaurotica hysterica ex onania.*

Eine Patientin, ungefähr 23 J. alt, kräftig gebaut, gibt an schon seit zwei Jahren das Augenlicht allmälig bis zur beinahe vollständigen Erblindung verloren zu haben. Seit dem Beginne der Erkrankung hat das Licht immer Schmerz verursacht und mit dem fortschreitenden Sinken der Sehschärfe sind die Schmerzen im Auge und in der Stirn bei Lichteinwirkung allmälig unerträglich geworden. Die Kranke hält die Augen fest verschlossen. Im Beginne des Leidens soll starkes Ohrensausen vorhanden gewesen, später aber geschwunden sein; in der Herzgegend habe sie auch häufig Schmerzen, die öfters die nächtliche Ruhe störten. Die Untersuchung ergibt: Rechtes Auge zählt schwierig Finger in 1' Fuss Entfernung, Gesichtsfeld nicht beschränkt, Lichteinwirkung schmerzhaft intraocularer Druck normal. Linkes Auge hat keine Lichtempfindung mehr wegen Cataracta congenita polaris anterior. Am Herzen metallischer Beiklang beim 1. Ton an der Mitralis, Druck an der Spitzengegend schmerzhaft, ebenso in der Magengrube. Menstruation normal.

Die hochgradige Herabsetzung der Sehschärfe auf dem rechten Auge, der krampfhafte Verschluss desselben in Folge des Schmerzes der Lichteinwirkung, die normal brechenden Medien und der normale Augenhintergrund liessen gemäss der Anamnese die Diagnose auf Amblyopia fere amaurotica ex Hyperästhesia resp. Hyperalgesia retinae stellen, und diese, ohne dass entzündliche Processe im Opticus und Retino-Choroïdealgewebe, oder eine intracranielle oder consensuelle pathologische Ursache vorlag, nur als Reflexneurose des Opticus auffassen. Unter der Behandlung des Verf. (Strychnininjectionen, Natr. santonici 0,05, 2 Mal täglich) wurde die Patientin in 22 Tagen geheilt, kam aber noch 3 Mal als vollständig rückfällig zurück und wurde jedesmal rel. schnell hergestellt. Da erst gestand sie, im höchsten Grade der Masturbation ergeben zu sein. Sie will genau constatirt haben, dass ihr Augenleiden mit der Ausübung dieses Lasters begonnen, wie die zuerst als Lichtscheu auftretende Augenerkrankung jeden Morgen, wenn die schlaflose Nacht der Befriedigung dieses Kitzels aufgeopfert war, sich verschlimmert und von den Augenschmerzen allmälig zur Erblindung geführt habe. Ebenso seien die Brustschmerzen und die hochgradige Empfindlichkeit der Busen und der Bauchdecke mit der Masturbation Hand in Hand gegangen. Endlich gibt sie an, diesem Laster schon seit 5 Jahren gefröhnt und bereits 3 Jahre zu Hause beinahe erblindet zugebracht zu haben, bevor sie bei dem Verf. ärztliche Hülfe suchte. Das Hymen war intact, die Clitoris und die kleinen Labien angeschwollen. Starkes Jucken und Kitzeln an dieser Gegend, die das manuelle Eingreifen der Patientin bedingten. Sonst nichts Abnormes. Die Cauterisation oder Amputation der Clitoris wäre in diesem Falle wohl das beste Augenheilmittel.

---

7) Prof. **Erb** (Heidelberg). Ueber periphere Lähmungen.

(Westphal's Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. Bd. VIII. Nr. 1.)

Verf. betont in dieser polemischen, gegen Bernhardt gerichteten Arbeit wiederholt (vergl. sein Lehrbuch der Nervenkr. in der v. Ziemssen'schen Sammlung XII. 1. 2. Aufl. pag. 400, 418),

dass bei peripheren Lähmungen das central vom Sitz der Lähmung gelegene Nervenstück unerregbar sein muss, so lange die motorische Leitungshemmung andauert.

„Eine periphere Lähmung kommt dadurch zu Stande, dass an irgend einer Stelle der peripheren motorischen Leitungsbahn eine Veränderung des Nerven gesetzt wird, welche eine Leitungshemmung bewirkt. Diese Leitungshemmung verhindert die Fortleitung des Willensreizes, der vom Centrum herkommt, zum Muskel; sie verhindert aber in gleicher Weise (nach Allem, was wir bis jetzt wissen) auch die Fortleitung des durch electrische, thermische, mechanische und sonstige Reize hervorgerufenen Erregungsvorganges zum Muskel. Es muss also jeder central von der Laesionsstelle applicirte Reiz so lange wirkungslos bleiben, als die Leitungshemmung existirt. Sobald einmal die Leitungshemmung aufgetreten ist, sind wir also streng genommen gänzlich ausser Stande, die electrische Erregbarkeit des centralen Stückes des motorischen Nerven zu prüfen, weil dasselbe eben von seinem Muskel getrennt ist und seine etwaige Erregung also nicht mehr zum Ausdruck kommen kann. Es ist also in solchen Fällen streng genommen ganz falsch von „Unerregbarkeit“ des centralen Nervenstückes zu sprechen, man darf eigentlich nur sagen, dass beim Versuche der Reizung des centralen Nervenstückes die Reaction ausbleibt. Ist dies der Fall, d. h. bleibt der Muskel bei Reizung des centralen Nervenstückes unerregt, so beweisst dies einfach nur, dass eine Leitungshemmung weiter unter existirt, aber durchaus nicht, dass das centrale Nervenstück wirklich unerregbar ist.“

---

8) Dr. **Szeparowicz.** Myom des n. medianus, Exstirpation der Geschwulst sammt der art. brachialis und einem 10 Ctm. langen Nervenstücke ohne nahfolgende Gefühlsstörung.

(Przegład lekarski 44. 1877.)

Bei einem 53jährigen Weibe trat kurze Zeit nach Einwirkung eines Trauma im sulcus bicipitalis int. eine Geschwulst auf, die in 7 Monaten pommeranzengross wurde, dabei mässig hart, mit einer normalen Haut überzogen und verschiebbar war. Radialispuls beiderseits gleich, keine Venencompression, Axillardrüsen normal. Eine active Beugung des Zeigefingers in den interphalangealen Gelenken unmöglich; sonst bis auf zeitweise auftretende, sehr heftige, in der Richtung von der Geschwulst aus gegen die vom n. medianus versorgten Finger ausstrahlende Schmerzen keine functionelle Störung im Nervensystem.

Bei der unter Anwendung der Esmarch'schen Methode vorgenommenen Operation fand man sowohl den n. medianus als auch die Brachialarterie von der Geschwulst total umwachsen.. Es wurde also die Arterie unterbunden und durchgeschnitten, ebenso der n. medianus oberhalb und unterhalb der Geschwulst durchgeschnitten, um selbe zu entfernen. Eine genaue anatomische Untersuchung der Neubildung ergab, dass der n. medianus wirklich in einer Länge von 10 Ctm. total extirpirt wurde. Dennoch constatirte man sowohl

unmittelbar als auch später nach der Operation jede Abwesenheit irgend welcher Störungen im Gebiete des n. medianus mit Ausnahme obengenannter Behinderung in der Beugung des Zeigefingers. Radialispuls verschwand selbstverständlich auf der operirten Seite.

Verf. vergleicht genau obigen Fall mit 5 anderen aus der Literatur schon bekannten Fällen der Art und kommt zu dem Schluss, dass die Abwesenheit jedweder grösserer motorischen Störung vielleicht der Létiévant'schen motilité supplée und die normale Sensibilität den zahlreichen, peripherischen Anastomosen des n. medianus, ulnaris et radialis zuzuschreiben ist.

Docent Dr. Domanski (Krakau).

---

9) **Chiene** (Edinburg). 2 Fälle von Ischias, durch Nervendehnung geheilt.

(The Practitioner 1877 Juni, pag. 417.)

Der erste Kranke litt schon 5 Jahre an Ischias, und konnte sei 2 Jahren das Bein nicht mehr bewegen. Der Nerv wurde in der Chloroformnarcose blosgelegt, und gehörig nach oben und unten gedehnt, die Wunde antiseptisch verschlossen. Am folgenden Tage war aller Schmerz verschwunden, nach 14 Tagen konnte der Kranke gehen. — Bei dem zweiten Kranken bestand die Neuralgie über einen Monat, und auch hier war schon behinderte Bewegungsfähigkeit eingetreten. Operation in derselben Weise und mit demselben glänzenden Erfolge. Beide Kranke waren Feuerarbeiter, der eine links-, der andere rechtshändig, bei ersterem war der rechte, bei letzterem der linke Ischiadicus erkrankt.

---

10) **Navratil.** Fall von Kehlkopflähmung in Folge von Trichinose.

(Berl. Kl. Woch. 1876 Nro. 21.)

Bei einer 44jährigen Patientin mit vollständiger Lähmung des linken Stimmbandes und der Epiglottis fanden sich bei der Section zahlreiche verkalkte Trichinen in der Musculatur des linken Crico-arytenoideus. Die Zeit der Infection liegt 18 Jahre zurück. —

---

11) **Brieger** (Bern). Ein Fall von totaler doppelseitiger Stimmbandlähmung.

(Berl. Kl. Woch. Nro 23.)

Ein Phtysiker wird nach einer Erkältung plötzlich völlig heiser, die Stimmrize findet sich bei der Untersuchung in Cadaverstellung. Die Section ergab: Die Vagi makr. und mikr. normal; der linke Recurrens war beim Umschlagen um den Aortenbogen an diesen und an eine vergrösserte Lymphdrüse durch straffes Bindegewebe angeheftet. Der rechte Recurrens verlief anfangs zwischen einer Reihe vergrösserter Lymphdrüsen von der Stelle ab, wo er sich vom Vagus abzweigt und hinter der Subclavia sich nach oben umschlägt; weiterhin war er in den vergrösserten Lappen der Thyreoidea völlig eingebettet, er selbst an dieser Stelle papierdünn und von röthlicher Farbe. Mikroscopisch fanden sich: Gänzliches Fehlen der Markscheide, theilweiser Verlust der Axencylinder, starke Endoneurium- und Kernwucherung. Am linken Recurrens fand sich zwar eine Markscheide, doch war sie wenig entwickelt, die Axencylinder waren auch hier grösstentheils geschwunden. Das plötzliche Eintreten der Heiserkeit erklärt B.

dadurch, dass in Folge der Erkältung das Lungenleiden exacerbirte, dadurch eine vermehrte Schwellung der Lymphdrüsen, und so eine rasch zunehmende Compression der in sie eingebetteten Nervi recurrentes verursacht wurde.

---

## 12) **Emerson** (New-York). Phosphor gegen Neuralgieen und Neurosen.

(Nach d. Bulletin général de thérapeutique.)

Die zweckmässigste Form der Verabreichung ist eine Lösung des Phosphors in Alcohol oder in Leberthran. Die alcoholische Lösung construirt er folgendermaassen: Phosphor 0,06, Alcohol. abs. 10,0, Glycerin 24,0, Alcohol 4,0, Spiritus Menth. pip. 2,50. Davon lässt er alle 3 bis 4 Stunden 2 gramm nehmen. Angewendet wurde das Mittel mit Erfolg bei den verschiedensten Neuralgien, Migräne, hysterischem Kopfschmerz, Schmerzen bei Herzhypertrophie, epileptischem Schwindel, sechs Fällen von Melancholie (davon 3 geheilt) und Tabes. In einem Falle von Tabes vermehrte es die gastrischen Schmerzen bei den crises gastriques. Bei den weiteren 18 Fällen von Tabes ist kein Erfolg verzeichnet. Verf. verspricht sich aber von grösseren und häufigeren Dosen mehr Effect.

---

## 13) **Toigne:** Die Behandlung der Vertigo epileptica.

(Du vertige épileptique, de son diagnostic et de son traitement Paris 1877.)

Von der Ansicht ausgehend, dass die Epilepsie nicht immer gleich mit deutlich ausgesprochenen vollkommenen Anfällen beginnt, sondern häufig die s. g. epileptischen Schwindel die Krankheit einleiten, legt der Autor den grössten Werth auf die sofortigere Behandlung derselben, um vielleicht die völlige Ausbildung der Krankheit zu verhindern, deren Behandlung dann eine weit schwierigere, wenn nicht vergebliche wird. Die Hauptsache bei der Behandlung ist nach Jaccoud eine Herabsetzung der Reflexerregbarkeit der Nervencentren, und zwar hauptsächlich durch Beseitigung der Ursachen, welche jene unterhalten. Die Behandlung selbst zerfällt in eine therapeutische und hygieinische; von den angewandten Mitteln, deren Zahl Legion ist, sollen nur folgende hervorgehoben werden, leider mit dem traurigen Beisatze, dass man sich auf keines derselben verlassen kann.

1. Belladonna, das Bretonneau vor schon 30 Jahren sehr gerühmt, hat verschiedenen Beobachtern gute Dienste geleistet. Man reicht das Mittel in Pillenform, 0,01 des Pulvers enthaltend. Im ersten Monat nimmt der Kranke täglich eine Pille, im zweiten 2 und gelangt so, monatlich um eine Pille steigend, je nach der Schwere des Falles zu 10—15 Pillen. Tritt eine sehr bedeutende Dilatation der Pupillen ein, oder erfolgen andere bekannte Intoxicationssymptome, so wird das Mittel für einige Tage ausgesetzt. Dann beginnt man neuerdings mit einer Pille und steigt allmälig wie früher bis zu der Mitteldose, welche der Organismus gut verträgt. Bei dieser Gabe bleibt man eine Zeit lang stehen und geht dann allmälig bis auf 2 oder 1 Pille zurück. Valeriana und Hyoscyamus haben lange nicht den Werth der Belladonna; das Atropin dagegen wurde sehr gerühmt, doch hat sich neuerdings Hardy ganz entschieden gegen dessen Gebrauch ausgesprochen.

2. Zink, d. h. sowohl Zinc. oxydatum als lacticum und valerianic. wurden zumal von Herpin sehr gerühmt, besonders Lactas zinci das ähnlich der Belladonna in steigenden Dosen gereicht wird. Man kann es lange Zeit ohne Nachtheil reichen, doch ist es heut zu Tage fast ganz verlassen. Dasselbe gilt vom Argent. nitr. Einige andere Mittel, wie z. B. das Selinum palustr., Galium &c. haben mehr eine locale departementale Bedeutung, (Tain, Dep. Drôme &c.) bilden den Bestandtheil vieler Geheimmittel, haben sich aber in die allgemeine ärztliche Praxis nie recht eingebürgert.

3. Das Bromkali wird seit 15 Jahren fast ausschliesslich angewendet. (Mit Recht sagt Blandfort: Wenn, wie man behauptet hat, ein Strom von Chloral sich in das Land ergossen hat, so ist es nicht zu viel gesagt, dass ein See von Bromkali Alle überfluthet hat, deren Leiden man mit Neurose bezeichnet. Ref.) Es hat nach Legrand du Saulle auch einen wichtigen Einfluss auf den psychischen Zustand der Erkrankten, die Periodicität, die maniakalische Aufregung, den furor. epilepticus, die Morde und andere Gewaltthaten der Epileptiker sollen durch dasselbe verhindert werden. Man beginnt mit 2,00 pro die und steigt wöchentlich um 2,00, bis entweder der Zustand des Kranken sich gebessert hat, oder die ersten Symptome einer Bromvergiftung auftreten. Bevor man zu Dosen von 4,00—6,00 gelangt ist, darf man keine Wirkung des Mittels erwarten, oft muss man auf 8 bis 12,00 steigen. Bei dieser Dosis bleibt man dann eine Zeit lang stehen, und geht dann allmälig mit derselben herab, oder man setzt auch plötzlich durch 14 Tage das Mittel aus, um es dann neuerdings zu reichen, u. z. entweder in der alten grossen Dosis, oder in kleinen allmälig steigenden Gaben. Das Mittel muss Jahre lang gereicht werden, ehe Besserung oder gar Heilung eintritt. Hat aber eine von diesen sich eingestellt und 2 Jahre sich erhalten, so braucht man das Mittel nicht mehr täglich zu geben, sondern bloss 2—3 mal die Woche. Die Behandlung muss Jahre lang fortgesetzt werden, denn chronische Krankheiten verlangen nach Trousseau eine chronische Behandlung, nur ab und zu gönnt man den Kranken einige Tage Ruhe. (Wer soll aber die Kosten der Behandlung tragen, die dem Kranken meist unerträglich sind? im Jahre 1875 wurden in Paris an arme Epileptiker 800 Kilogr. Bromkali unentgeldlich vertheilt, wie Legrand de Saulle mittheilt. Das ist allerdings recht schön und nachahmenswerth, aber was geschieht im Lande?) Mitunter hat Bromkali allein keine Wirkung, man reicht dann gleichzeitig Zinc. bromat. oder Natr. brom. oder das erstere allein, doch gibt es nicht so schöne Erfolge, wie Bromkali. Die unangenehmen Folgen die ein langer Gebrauch des Bromkali nach sich zieht, sind so bekannt, dass sie hier übergangen werden können; stets reiche man es in starker Verdünnung unmittelbar vor oder während der Mahlzeit (am besten doch gleich nach der Mahlzeit) um den nachtheiligen Einfluss auf den Magen möglichst hintanzuhalten. Gleichzeitig aber müssen Diuretica gegeben werden, um das Bromkali möglichst rasch aus dem Körper zu eliminiren, (daher die Verbindung des Bromkali mit Cannab. ind. von Durham empfohlen) oder auch Eisenpräparate, um

der Anämie vorzubeugen. Von grosser Bedeutung ist die hygieinische Behandlung dieser Kranken (über ihre Wichtigkeit vergl. Diaetophilus, Geschichte einer siebenjährigen Epilepsie. Zürich 1798 — ein selbst noch heute lesenswerthes Buch Ref.) Excesse aller Art sind zu vermeiden, Alcohol, Café, Thee streng zu untersagen, ebenso körperliche wie psychische Ueberanstrengung und der Coitus. Seebäder und Schwefelbäder sind bei ihnen nie zu versuchen, anzurathen ist dagegen Landaufenthalt, laue Bäder, mässige Bewegung und Arbeit, Regelung der Verdauung und Defaecation &c.

Im Anfalle selbst ist nicht viel zu thun, man schütze den Kranken nur möglichst vor Verletzungen. Chloroforminhalationen können mitunter die Asphyxie abkürzen, aufsteigende Aura kann man durch Compression aufzuhalten suchen, dem Anfall durch Amylnitrit vorbeugen. Die heftigen Convulsionen könnten vielleicht durch eine Morphium-Injection gemildert, der stertoröse Schlaf und die psychische Störung durch Injection von Curare verkürzt werden. Prophylactisch wären Ehen unter Blutsverwandten möglichst hintanzuhalten, dann mit Epileptikern, Alcoholisten und Geisteskranken, da aus diesen häufig epileptische Kinder entstammen; erblich belasteten Kindern muss eine sorgfältige physische und psychische Erziehung zu Theil werden, sind sie erwachsen, hat man ihnen möglichst von der Ehe abzurathen &c. Bei der Behandlung vergesse man aber niemals die Worte Herpin's: Pünktlichkeit in der Befolgung der Cur und Ausdauer.

Primarius Dr. Smoler (Prag).

---

14) The cardio-vascular phenomena of epilepsy.

(The Lancet Nr. VIII. Aug. 25. 1877. S. 287.)

Die Herz- und Gefässerscheinungen bei der Epilepsie sind niemals so vollständig untersucht worden, wie man vermuthen sollte. Gewisse Puncte, wie z. B. die Pulsverhältnisse während und nach dem epileptischen Anfall und das Verhalten der Retinalgefässe, haben einige Aufmerksamkeit gefunden, wenn auch die Angaben über das Letztere sich widersprechen. Während Einige einen Contractionszustand der Retinalgefässe beobachtet haben, versichern Andere dass erhöhte Füllung derselben den Anfall begleitet oder darauf folgt. In Folge dieser verschiedenen Beobachtungen hat man theoretisch verschiedene Schlüsse über die Natur und die Behandlung der Epilepsie gefolgert.

Einige wichtige Experimente über diesen Gegenstand sind jüngst von Dr. Magnan gemacht worden, dessen Beobachtungen über künstliche Epilepsie wohl bekannt sind. Die Experimente wurden an Hunden gemacht, bei welchen künstliche Epilepsie durch Injection von Absynth hervorgerufen worden war, da so entstandene Epilepsie, wie Magnan gezeigt hat, was die zu beobachtenden Erscheinungen betrifft, der gewöhnlichen Epilepsie in jeder Hinsicht entspricht. Seine Aufgabe war den Grad des arteriellen Blutdrucks während des Anfalles zu bestimmen und dann den Puls und die arterielle Spannung mit den Muskelcontractionen zu vergleichen, um ihre Beziehungen zu einander zu ermitteln. In der einen Reihe

von Experimenten wurden die Beobachtungen mittelst **Ludwig's** Kymographion gemacht, welches mit der Art. femoralis in Verbindung gesetzt wurde. In der anderen Reihe wurde die Vergleichung mit **Marey's** Polygraph ausgeführt, indem eine Canüle in die Carotis eingesetzt und der andere Zeiger an die hintere Extremität des Thieres befestigt wurde.

Bei der ersten Experimentenreihe fand sich, dass während der Dauer des tonischen Krampfes der Puls frequenter wurde, seine respiratorische Curve ganz verlor und der arterielle Druck rasch stieg. Derselbe erreichte sein Maximum nahe dem Ende der tonischen Periode, während die Oscillationen des Hebels kurz und jäh waren. Mit dem Einsetzen des klonischen Krampfes wurde der Puls ausserordentlich langsam (6 – 8 Schläge weniger als normal), der Blutdruck fiel enorm, und war während der Diostole fast Null. Mit dem Ende des klonischen Krampfes gewann der Puls seine normale Frequenz wieder, oder wurde gewöhnlich rascher als normal.

Es fand sich, dass die Durchschneidung des Vagus diese Erscheinungen gänzlich beseitigte. Die Herzthätigkeit war natürlich beschleunigt, wie es stets der Fall ist, und die respiratorische Curve war in Folge der Fixirung der Brustwände während des tonischen Krampfes aufgehoben, aber der arterielle Druck stieg nicht während der Dauer des tonischen Krampfes, auch fand keine Verlangsamung des Pulses, noch ein Abfallen des Blutdrucks während des klonischen Krampfes statt.

Die 2. Reihe der Experimente wurde in der Absicht gemacht, die Gefässerscheinungen mit dem Muskelkrampf zu vergleichen. Während der tonischen Periode wurde der Letztere durch eine nahezu gerade Linie angezeigt, unterbrochen durch sehr feine Wellen, welche die rapid auf einander folgenden Contractionen zur Anschauung bringen, durch die der tonische Krampf zu Stande kommt. Dieser Zustand dauerte ungefähr 6 Secunden, dann wurden die Fibrationen grösser und langsamer, nahmen allmälig an Höhe zu und an Frequenz ab bis zum Ende der klonischen Periode, wo dann deren gänzliches Aufhören durch eine gerade Linie bezeichnet wurde.

Diese klonische Periode dauerte ungefähr 30 Secunden. Wie bei den anderen Experimenten wurde Verlangsamung des Pulses und ein enormer Abfall des arteriellen Druckes während des klonischen Krampfes beobachtet. Während des tonischen Krampfes stieg der Druck in der Carotis, welcher vor dem Anfall 14 Ctm. betrug, bis auf 17 Ctm., dann fiel er rasch bis auf 7 Ctm. während der schnellen aufeinander folgenden klonischen Krämpfe und stieg gegen das Ende dieser Periode wieder bis auf 15 Ctm., während der Puls gleichzeitig an Frequenz zunahm. Unmittelbar nach dem Anfall wurde der frühere arterielle Druck wieder gewonnen und der Puls kehrte nahezu zu seiner früheren Frequenz zurück, oder er war noch ein wenig beschleunigt.

**Magnan** fand jedoch, dass die Beschleunigung des Pulses nicht grösser war, als wie sie durch einen ähnlichen Aufwand von Muskelanstrengung hervorgerufen wurde. Und es ergab sich in der That durch zahlreiche Beobachtungen an Epileptischen kurz nach

dem Anfall, dass danach die Beschleunigung des Pulses nicht beträchtlicher ist, als bei einer gesunden Person, welche 3 Minuten lang den Fussboden gescheuert hat.

Diese Beobachtungen scheinen zu beweisen, wie Magnan bemerkt, dass das Herz während des tonischen Krampfes theilweise tetanisirt ist, sich zwar rasch und kräftig contrahirt, aber sich nicht wieder vollständig ausdehnt. Diese tetanische Contraction wird vermittelt durch den Vagus. Der darauf folgende ausserordentliche Abfall des Blutdruckes und die verlangsamte Herzthätigkeit mag der zeitweisen Ermüdung des Herzmuskels und der allmäligen Wiederherstellung des Herz- und Arteriendrucks zugeschrieben werden, indem die Diastole sehr verlängert und die Systole eine unvollständige und schwache ist.

Magnan macht darauf aufmerksam, dass der tödtliche Ausgang, welcher bisweilen während eines epileptischen Anfalls eintritt, dem Herzen zuzuschreiben sei, sei es durch Tetanisirung desselben während des tonischen Krampfes, sei es durch Syncope während der klonischen Periode und des erniedrigten arteriellen Druckes. Die erstere Todesart möchte analog sein der acut. Digitalisvergiftung, aber die kurze Dauer des Contractionszustandes macht es wahrscheinlich, dass solch' ein Ausgang ausserordentlich selten sein wird.

Dr. Volland. (Dâvos-Dörfli.)

---

15) **Schulz,** Ein Fall von Hemmung epileptischer Anfälle mit nachfolgender Heilung.

(Berl. Kl. Woch. 1877 Nro. 45.)

Bei einem $18^1/_2$ Jahre alten Matrosen, der im Alter von 8 oder 9 Jahren einmal einen Krampfanfall gehabt haben will, seit dieser Zeit aber immer gesund war, stellte sich auf einer Strafwache (1 stündiges Stillstehen auf Deck) nachdem Kopfschmerz und Schwindel schon den ganzen Tag über gewährt hatten, ein epilept. Anfall ein, der ungefähr eine viertel Stunde dauerte, und an den sich ein langer Schlaf anschloss. Pat. kräftig gebaut, gut genährt, von blühendem Aussehen ist erblich nicht belastet; Abusus spirit. und Syphilis liegen nicht vor, die Sinnes-, Respirations-, Circulations- und Verdauungsorgane zeigen keine Abnormität. Am selben Tage ein zweiter Anfall mit tonischen und clonischen Krämpfen im Gesicht und in den Extremitäten, blutigem Schaum aus dem Munde (die Unterlippe war zwischen die Zähne gekniffen und wahrscheinlich gebissen) nicht reagirenden Pupillen, erloschenen Reflexen, dersebe dauerte 10 Minuten, auf ihn folgte 3stündiger Schlaf. Von da ab täglich 1 Anfall, Anfangs zwischen 3 und 4 Uhr, dann zwischen 2 und 3, endlich um 1 Uhr. Bald stellte sich ein regelmässig dem Anfall vorhergehendes Vorgefühl ein, bestehend in rasch eintretender Ermüdung und einem eigenthümlichen, vom Magen nach dem Schlunde aufsteigenden Druckgefühle. Pat. schlief dann in wenigen Minuten fest ein und nachdem der Schlaf etwa 10 Minuten gedauert hatte, begann der Anfall. Dies wiederholte sich an 134 Tagen regelmässig, und keins der verschiedenen Mittel, die angewendet wurden, (Chinin in grossen Dosen (2,5) mit Rücksicht auf die Periodicität, Bromkali, Bella-

donna, Strychnin, Argent. nitr., Morphium, Chloral) hatten irgend einen Erfolg. Von diesen Tagen an blieben die Anfälle aus, und zwar nachdem sofort bei der ersten Spur der beginnenden Aura ein gehäufter Theelöffel voll Salz in den Mund genommen und mit einem Schluck Wasser hinunter gespült worden war. Unmittelbar nach dem immerhin etwas mühsamen (der erste Versuch Tags vorher gelang nicht, entweder weil das Salz überhaupt zu spät geschluckt wurde, oder weil die Dosis zu gering war) Verschlucken des Salzes und gleichzeitig mit dem dadurch hervorgerufenen brennenden Gefühl in Schlund und Speiseröhre verschwand die abnorme Sensation in der Magengend, die Müdigkeit und Schläfrigkeit, welche sonst den Kranken binnen einigen Minuten überwältigt hatte, verlor sich, der Anfall blieb aus. Dies Mittel wurde noch 8 Tage fortgebraucht, worauf auch schliesslich die Aura ausblieb. —

---

**16) Sommerbrodt (Breslau). Ueber ein grosses Fibrom des Kehlkopfes als Ursache von Epilepsie.**

(Berl. kl. Wochenschr. 1876. Nro. 39.)

Ein Kranker, der vor 15 Jahren an Epilepsie gelitten, die nach Excision einer Narbe auf dem rechten Handrücken cessirte, bekommt ein Fibrom am vorderen Theile des linken wahren Stimmbandes. Mit den durch das schnelle Wachsthum desselben bedingten stenotischen Beschwerden treten wieder epileptische Anfälle auf, vorzugsweise in der Nacht, deren einer vorübergehende Lähmung des linken Armes und Beines im Gefolge hatte. S. exidirt das Fibrom und die epileptischen Anfälle blieben aus, soweit die Beobachtung reicht (5 Monate nach der Operation).

---

**17) Seifert (Erlangen.) Zur Pathologie und Therapie der Chorea minor.**

(Deutsches Archiv für Klin. Med. Bd. XX. Heft 3, 4.)

An 2 Patienten, einem Mädchen von 10, und einem Knaben von 7 Jahren, die an Chorea litten, versucht Verf. die eingeleitete Therapie auf folgende Thatsachen zu gründen. Rosenbach (Jena) hat bekanntlich bei einem Falle von Chorea minor an der Wirbelsäule Schmerzpunkte gefunden, auf die er den constanten galvanischen Strom einwirken liess, und so Heilung des Kranken erzielte. Der Charakter dieser Schmerzpunkte ist ein eigenthümlicher, indem sie auf Druck nicht nachweisbar sind, sondern erst durch Application des faradischen Stromes hervortreten, ein Verhalten, das für die erfolgreiche Untersuchung von Choreatischen gekannt sein muss. Seifert fand in seinem Falle diese Angaben nicht nur bestätigt, sondern beobachtete auch, dass die Auffindung dieser Schmerzpunkte, die mit einem patholog. Zustande des R. M., der zu neuritischen Vorgängen in einzelnen Nervenbahnen führt (Rosenbach) in Zusammenhang zu bringen sind, noch leichter und sicherer mit Hülfe des constanten Stromes gelingt. Das zweite Motiv zu S's. Therapie lag in der Beziehung der Chorea zum Gelenkrheumatismus, der zu Folge Natr. salicylicum verabreicht wurde. Der erste Fall, bei dem wahrscheinlich, weil er schon zu vorgerückt war, vom Natr. salicyl.

kein Erfolg zu merken war, wurde durch den constanten Strom in 6 Wochen vollkommen geheilt. Die Application geschah so, indem das R. M. mit abst. Strom electrisirt wurde, und zwar stand die Anode auf den schmerzhaften Wirbeln, die Kath. auf dem Sternum; ferner wurde die Kathode auf die Schmerzpunkte im linken und rechten Intercostalraum applicirt. Bei dem zweiten Falle wurde durch Natr. salicyl. eine bedeutende Abnahme der Choreasymptome bewirkt; da aber der Stillstand, welcher nach Verabreichung einer gewissen Anzahl von Dosen des Mittels eintrat, durch weitere Gaben nicht aufgehoben werden konnte, so wurde der constante Strom applicirt, durch dessen Anwendung nach 3 Wochen vollständige Heilung erreicht wurde. (Application wie oben.)

Als Anhang der beachtenswerthen Arbeit sind noch Untersuchungen mitgetheilt, die sich mit der Frage beschäftigen, ob bei Chorea die Harnstoffausscheidung vermehrt sei, wie dies von englischen Autoren (namentlich Bence Jones) behauptet war. Bei genau bestimmter und abgewogener Kost wurden tägliche Urinuntersuchungen angestellt, deren Resultate (werden in Tabellen angeführt) gegen eine Vermehrung des Harnstoffs während der Chorea sprechen.

---

18) **Oré:** Chloral bei Tetanus.

(Le chloral et la médication intraveinense. Paris 1877.)

1. In 3 Fällen von Tetanus wurde eine Chlorallösung (10 : 10) in die Venen injicirt, fast gleichzeitig mit der Einspritzung schwanden die tetanischen Erscheinungen und es stellte sich eine tiefe continuirliche Narkose ein, die fast bis zum Tode anhielt.

2. Wenn die Fälle trotz des Schwinden der tetanischen Symptome, und der fast continuirlichen Narkose dennoch lethal endeten, so hängt dies davon ab, dass es sich hier um eine äusserst acute Form der Krankheit handelte, bei welcher alle therapeutischen Eingriffe machtlos sind.

3. Besondere Beachtung verdient aber der Umstand, dass trotz der starken Lösungen (10 g. Chloral auf 10 g. Wasser) bei der Section weder eine Phlebitis noch Blutgerinsel in den Venen gefunden wurden, in welche die Injection gemacht worden war.

Primarius Dr. Smoler (Prag).

---

19) **Burnett.** Amylnitrit gegen Ohrensausen.

(New-York med. record. 1877. 4. August.)

Ein Pat. von 29 Jahren leidet seit 13 Jahren, wo er ein s. g. Kopffieber überstanden hat, an hochgradiger Schwerhörigkeit und starkem Ohrensausen. Objective Untersuchung negativ, desshalb wird das Leiden als rein nervös aufgefasst. Nach der ersten Inhalation von Amylnitrit cessirte das Ohrensausen 2 Stunden, und war nachdem schwächer wie sonst. Vierzehn Tage lang jeden zweiten Tag eine Inhalation mit derselben Dosis. Die Geräusche kehrten dann selbst nach mehrtägigem Aussetzen nicht zur früheren Stärke zurück, die vollkommen freie Zeit betrug jedoch bei den späteren Inhalationen nur 1½ Stunden. Der „als bisher noch nicht bekannte Nebenerscheinung“ beobachtete, während der Inhalation ein-

tretende Gesichtsfelddefekt in Form eines gelben Fleckes kann als solche nicht zugestanden werden. Die Erscheinung ist längst bekannt, wenn auch noch nicht sicher erklärt. Vergl. Rob. Pick: Ueber das Amylnitrit etc. Berlin, Hirschwald 1874. I. Aufl. pag. 58. —

---

20) **Budeckalow.** Der Einfluss der Phymosenoperation auf die männliche Impotenz.

(Petersburger med. Zeitschr. 1877. Nro. 17.)

In 4 Fällen ermöglichte die Operation der Phymose den vorher wegen Hyperästhesie der Glans unausführbaren Coïtus.

---

21) Dr. **R. Schröter.** Die Gemüthsleiden, ihre rechtzeitige Erkennung und Behandlung.

(Halle, C. E. M. Pfeffer, 1877, 8°, 147 Seiten.)

Die vorliegende Schrift, die sich nicht an den Psychiater von Fach, sondern an alle Anderen wendet, die durch ihren Beruf mit Gemüthskranken zu thun haben, muss als eine ganz vorzügliche bezeichnet werden, da sie ihren Zweck, Belehrung und Aufklärung über die fehlerhaften Anschauungen und schädlichen Vorurtheile zu verbreiten, die selbst in den gebildetsten Kreisen noch über die Gemüthskranken herrschen, nach jeder Richtung hin erfüllt. Sie kann bedingungslos als gleichwerthig neben das von der Kritik einstimmig anerkannte Hecker'sche Schriftchen: *„Anleitung für Angehörige von Gemüths- und Geisteskranken zur zweckmässigen Fürsorge für ihre Patienten* etc. gestellt, dieses vielmehr — anachronistisch — als vervollkommnender Appendix jenes angesehen werden. Beide zusammen sollten in keiner gebildeten Familie fehlen, und würden jedenfalls mehr Heil und Segen stiften, als so viele andere populärmedicinische Schriften, unter denen das unglückbringende Bock'sche Buch noch immer den ersten Platz einnimmt.

Das erste Capitel handelt über das Wesen der Gemüthsleiden, (euphemistisch für Psychosen) und erklärt sie in gemeinverständlicher Weise für Gehirnkrankheiten, die in functionelle und organische zerfallen, und betont, dass eine derartige Krankheit keinerlei Schande in sich berge, da sie jeden Menschen befallen könne. Im zweiten Capitel wird die Aetiologie umfassend besprochen. Ob bei den erblich Belasteten auf die schlechte Erziehung das Hauptgewicht des Nachtheils zu legen ist, wie Verf. will, darüber lässt sich streiten. Ich stimme ihm darin nicht bei, die Erwähnung dieses Punktes an dieser Stelle ist aber immerhin von Nutzen, und würde es gewiss noch mehr sein, wenn auch der Erziehung von Kindern mit s. g psychopathischer Constitution, so wie sie sein soll, wie sie aber gewöhnlich nicht ist, bestimmte Grenzen gezogen worden wären. Das Beispiel kranker Eltern, an denen die Kinder Nachtheiliges für die Ausbildung ihres Characters sehen und hören sollen, wirkt m. M. nach weniger schädlich als die wohl immer verfahrene Pädagogik, die an psychopathischen Constitutionen zur Anwendung kommt, da hierbei Rücksichten aller Art sehr schwer die aurea mediocritas in der Con-

sequenz und der Milde, den körperlichen und geistigen Anforderungen finden lassen. Der dritte Abschnitt, über die Grenzzustände zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit ist zu kurz. Das Publikum meint noch immer, dann erst von psychischer Krankheit reden zu dürfen, wenn die Nahrung verweigert und Selbstmord versucht wird, wenn Scheiben zu Dutzenden einfliegen, und der Kranke sich auf einem Trümmerhaufen von Scherben und Fetzen, spärlich bekleidet, in unaufhaltsamem Redefluss als König der Welt proclamirt. Hier liegt der Punkt, auf dem Bresche geschossen werden muss, aber es muss mit gezogenen Stücken geschossen werden. Warum hat der Verf. nur Kleingewehrfeuer commandirt, und seine Artillerie, über die er so stark verfügt, gerade hier geschont?

Weiter folgt dann die Darstellung der einzelnen psychischen Krankheitsformen, nach der G r i e s i n g e r'schen Eintheilung, die durch Krankheitsgeschichten illustrirt werden. Es bleibt dabei nichts Erhebliches zu wünschen übrig, nur dürfte bei einer weiteren Auflage des Buches mit grösserer Betonung der Gefahr gedacht werden, die bei Melancholikern durch Suicidium droht. Nachdem dann noch die allgem. fortschreitende Paralyse angereiht ist, die E s q u i r o l'schen Monomanieen zurückgewiesen, der Mania sine delirio, transitoria und epileptica gedacht, folgt die Besprechung solcher Fälle (bei Verbrechen oder Selbstmord) und Zustände (Erkrankungen des Herzens, der Lungen, des Geschlechtssystems etc.) bei denen eine Verkennung der psych. Erkrankung möglich ist. Nervenkrankheiten und Trunksucht reihen sich daran, und eine Besprechung von Remissionen, luciden Intervallen und der Simulation macht den Schluss der P a t h o l o g i e, wenn dieser Ausdruck erlaubt ist.

Die T h e r a p i e bespricht zuvörderst die Prophylaxis (Erziehung, leibliche und geistige Diät etc.), verlangt dann für die Gemüthskranken eine specialistische Behandlung, und zwar in den Anstalten, und gibt schliesslich ein Register der öffentlichen und bekanntesten privaten Anstalten in Deutschland incl. Reichsland und Deutsch-Oesterreich. Resumiren wir noch einmal die Cardinalpunkte, die hier vorgetragen werden:

1) Die Gemüthskrankheiten sind Krankheiten wie alle andern auch, d. h. sie haben eine materielle Unterlage, können Jeden befallen und sind frei von jedem Mackel.

2) Je eher ein psychisch Erkrankter in die geeignete specialistische Behandlung kommt, desto gröster ist die Aussicht auf Wiederherstellung, die mit der andauernden Vorenthaltung solcher Behandlung schnell absinkt und

3) das beste Heilmittel für die Gemüthskrankheit ist die Irrenanstalt, wohin die Kranken so frühzeitig wie nur irgend thunlich, zu bringen sind.

Aber sind das Alles nicht feststehende Thatsachen, psychiatrische Dogmen, die hier erwähnt werden? Wie kommt es, dass ein Bau gelobt wird, der sich auf diesen Grundpfeilern erhebt, ohne die kein Halt und keine Festigkeit? Leider ist dem nicht so. Oder sollen wir die Stimme Einzelner verhallen lassen ohne Echo? Nein,

wir wollen sie hervorziehen und bekannt geben als Zeugniss dessen, von dem man lerne, aber so, wie man es nicht mache. Man lese und staune: „die *häusliche Behandlung* (der psychischen Krankheitsformen) ist als die Regel aufzufassen; die übrigen Veranstaltungen (a. welche den Kranken noch in gewöhnlichen socialen Verhältnissen belassen, b. die Irrenanstalten) erfolgen nach besondern Indicationen. Bei grossem Reichthum und zahlreicher dienstwilliger Umgebung, bei der Begünstigung, die Häuslichkeit auch weiterhin übertragen zu können, ist die *häusliche Behandlung für alle Fälle durchführbar*, von da ab stuft sich ihre Durchführbarkeit bis zu jenem Stande der Armuth und Verlassenheit ab, für welche die Irrenanstalt ausschliessliches Asyl bleibt.“ So Herr Reg.-Rath Prof. Meynert in Czuberka's Wiener Recept Taschenbuch für 1878 pag. 254.

Diesem halten wir entgegen was Jensen, der Director der ostpreuss. Anstalt zu Allenberg in seiner Rede zur Feier des 25jährigen Bestehens der Anstalt (1. Sept.) sagt: „So sind z. B. bis zum 1. Januar d. J. aufgenommen: 105 Männer und 50 Frauen, die selbstthätig oder als Angehörige dem Handelsstande zugezählt werden müssen. Von diesen sind nur 18 Männer und 7 Frauen genesen, zusammen 16,1%, etwa die Hälfte des Durchschnittsprocents. Unter andern haben wir nun auch 83 Knechte und männliche Dienstboten, 173 Mägde und Dienstmädchen hier behandelt, und von diesen sind 47 Männer und 67 Frauen gesund geworden, die grosse Zahl von 56,2%, also noch über die Hälfte aller Aufnahmen. Woher rührt diese abnorme Differenz? Der Kaufmann hat die Mittel, sich und die Seinen behandeln zu lassen, wie, und wo er will, und scheut sich, so lange es irgend angeht, vor dem schweren Schritte, seine Kranken der Irrenanstalt zu übergeben; Knecht und Magd haben weder Geld noch Heim, sie sind, wenn erkrankt, überall im Wege und müssen unter allen Umständen fortgeschafft werden, und weil sie Niemand anders nimmt, wenn sie geisteskrank sind, kommen sie alsbald in die Anstalt. Dafür wird auch mehr als die Hälfte aller Erkrankten gesund, während der reiche Kaufmannsstand nicht den sechsten Theil seiner widerwillig der Anstalt überwiesenen Kranken genesen zurückempfängt. Nichts kann besser als dies Beispiel zeigen, wie wesentlich nützlich es ist, dass der Anstalt die Kranken möglichst rasch nach Ausbruch der Krankheit übergeben werden. Von den 1093 mit heilbaren Krankheiten Aufgenommenen sind überhaupt 55,4% genesen. Nach Abzug der in den ersten 3 Monaten ihres Anstaltsaufenthaltes gesund Entlassenen, gab der Rest noch 46,8% Genesungen, nach 6 Monaten nur noch 31,4% und nach Ablauf eines Jahres nur 13,9%. Ist auch das zweite Jahr ohne Genesung verlaufen, so ist nur bei 5,1% noch gegründete Hoffnung auf Gesundwerden. Wenn also irgendwo, so haben beim Ausbruche von Geisteskrankheiten die Angehörigen das Schicksal ihrer Kranken in der Hand, leider geht aber heut zu Tage so mancher Kranke daran zu Grunde, dass die Seinen durch Zaudern und Abwarten die zur Heilung geeignete Zeit verpassen.“

Eine schlagendere Widerlegung der Meynert'schen Auslassung kann wohl nicht gegeben werden, in welchem Aufsatze noch immer das alte Märchen spuckt: „Acute Tobsucht als acuter Angstanfall“, von dem sich wohl Niemand mehr bange machen lassen wird.

Nach diesem Misstone sei noch einmal des Schröter'schen Buches lobend gedacht, und dasselbe zu weitester Verbreitung empfohlen. ⁂

---

22) Prof. **von Krafft-Ebing**, (Graz). Ueber Irresein im Klimacterium. (Allgemeine Zeitschrift für Psych. 34. B. 4. H. 1877).

Der Verf. bietet uns hier wiederum eine seiner Arbeiten, die Psychiater und Gerichtsärzte in gleicher Weise interessiren, und in denen Präcision der Darstellung wetteifern mit Schärfe und Klarheit des Urtheils.

Die Bedeutung, welche die Geschlechtssphäre für das körperliche wie das geistige Wohl des Weibes hat, liegt zu sehr auf der Hand, als dass sie nicht schon früheren Schriftstellern als ein dankbares Feld der Bearbeitung gegolten hätte. (Pinel, Maudsley, Morel, Skae, Mayer etc.) Verf. stellt sich auf den heutigen Standpunkt dieser Frage und zwar nach seinen eigenen Erfahrungen. Das Klimacterium characterisirt sich nicht allein durch eine Ausserfunctionssetzung — mit nachfolgender Atrophie — der Geschlechtsorgane, sondern es ist ein „Mauserungsprocess im Allgemeinen“, in welchem Anomalien der Blutvertheilung besonders störend zu wirken im Stande sind. Je schwächer der Organismus, desto weniger Widerstand leistet er den Schwankungen, denen ihn das Klimacterium aussetzt. Die Hauptschädlichkeiten zeigen sich entweder in den profus werdenden Menses und daraus folgender Anämie resp. Ernährungsstörung des Centralnervensystems, oder die Menses werden plötzlich sistirt und hierdurch, wahrscheinlich durch Fluxionen, schwere Erscheinungen von Seiten des Nervensystems veranlasst. Krankheiten der Geschlechtsorgane üben durch Verschlechterung der Gesammtconstitution, oder auch auf rein nervösem Wege (Reflex-Irradiation etc.) eine schädliche Wirkung auf das Centralnervensystem. Endlich üben im Klimacterium entstandene Neurosen der Genitalien (Pruritus, Vaginismus etc.) eine schädliche Wirkung aus gleicher Ursache. Es unterliegt jedoch keinem Zweifel, dass der klimacterische Vorgang an sich, auch ohne jede Localaffection, im Stande ist nervöse Anomalien oder selbst Neurosen zu entwickeln. Der physiologische Beruf des Weibes hat aufgehört; das Muttergefühl, oder dichterisch „Mutterliebe“ genannt, ist eine kräftige Stütze gegen den rüttelnden Herbststurm. Erschwerendes Moment ist die Kinderlosigkeit oder gar Ehelosigkeit; denn die letzte Hoffnung schwindet mit dem Aufhören der Periode. Die Folgen dieses Erkenntnissprocesses sind Verstimmungen selbst- und weltschmerz-

licher Natur. Bald zeigt sich eine Aenderung des Characters, der den sanften, gemüthvollen Zug der ächten Weiblichkeit mehr und mehr verliert.

Nach v. Krafft's Beobachtungen fand sich unter 878 beobachteten, geisteskranken Frauen ein ätiologischer Zusammenhang mit dem Klimacterium in 6,8%. Die Mehrzahl der Fälle litt unter belastenden oder prädisponirenden Momenten. Ob die Betreffenden geboren hatten oder nicht schien für die Entwicklung gleichgültig zu sein.

Das klimacterische Irresein beansprucht keine specielle Krankheitsform; von den 60 in Frage stehenden Patientinnen litten an

| | |
|---|---|
| Melancholie . . . . . . . . | 4 |
| Zirkelwahnsinn . . . . . . . . | 1 |
| Akutem Delirium . . . . . . . | 1 |
| Primärer Verrücktheit | |
| a) mit Primordialdelir der Verfolgung . | 36 |
| b) mit religiös expansivem P.-Delir . . . | 6 |
| Dementia paralytica . . . . . . . | 12. |

Die Incubationserscheinungen gehen dem Ausbruch der Krankheit Wochen bis Monate lang voraus, und tragen häufig den Character der Hysterie.

Die 4 Fälle von Melancholie bieten nichts Besonderes dar; dagegen treten bei der primären Verrücktheit in 20 Fällen Delirien mit sexuellem Inhalt auf. Dieselbe Gruppe zählt ausserdem 6 Fälle mit Geruchshallucinationen, in 10 feindliche Beeinflussung auf physikalischem Wege (Electrisiren, Sympathie, giftige Dünste etc.). Mit Morel und Griesinger ist auch Verfasser überzeugt von der Ungunst der Prognose. Ausser der Behandlung der somatischen Krankheiten empfiehlt Verf. Bromkalium und Morphium anzuwenden zur Besänftigung der sexuellen Erregungszustände sowie der Gehörshallucinationen.

Dr. von der Marck, (Bendorf).

## Briefkasten der Redaction.

Dr. Selgm. Halle: Besten Dank für die Uebersendung; Ihr guter Rath soll befolgt werden. — Dr. R. Berlin: Ihre einges. Bespr. von Spamers neuer constanter Batterie konnte nicht abgedruckt werden, weil die Proben. d. Centralblattes einen darauf bezüglichen Prospect mit gelungener Abbildung gebracht hatte. Prof. Dr. Blumenstock Krakau, Dr. Goldstein Aachen: für diese Nummer zu spät eingetroffen.

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT
für
## Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt
von
**Dr. med. A. ERLENMEYER,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — $1\frac{1}{2}$ Bogen stark.**
Preis des Jahrgangs 6 Mark.
Nur durch die Post zu beziehen. — Insertionspreis auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 2. 1. Jahrgang. 1878.**

### Zur Conservirung der galvanischen Elemente.

Von Dr. A. ERLENMEYER.

Jüngst besah ich bei einem Collegen einen neu aufgestellten stabilen constanten Apparat, und fand, dass er auf die Wasserfläche der Elemente (Siemens'sche) eine Schicht von gewöhnlichem Oele gegossen hatte. Er wollte damit die schnell vor sich gehende Wasserverdunstung verhüten, und so dem allerdings lästigen Nachfüllen entgehen, was um so unangenehmer wird, je tiefer die Abtheilungen zur Aufnahme der Elementengefässe in dem Apparatschranke angelegt sind, und je weniger sich die Fabrikanten zur Anbringung von Seitenthüren entschliessen können, die den Zugang zu den Gefässen von allen Seiten erleichtern.

Auf meine Nachfrage erfuhr ich, dass der betreffende College dies Verfahren der Oelübergiessung bei Gelegenheit der letzten Naturforscherversammlung auf der medicinischen Klinik in München gesehen und dort dessen warme Empfehlung vernommen hatte.

Der Gedanke, in dieser Weise eine lästige, häufig wiederkehrende Nothwendigkeit zu vermeiden, liegt ja ausserordentlich nahe, und ich habe ihn schon bei meinem Apparate vor circa drei Jahren practisch zu verwerthen gesucht. Meine damals gemachten — wie ich gleich hinzufügen will bitteren — Erfahrungen veranlassen mich aber vor diesem Verfahren, als vor einem die Constanz der Elemente im höchsten Grade gefährdenden zu warnen.

Gewöhnliches, also vegetabilisches Oel enthält bekanntlich 15, auch 20, selbst 25 % Wasser, und hat dadurch die Fähigkeit sich mit der Zeit mit dem Wasser zu verbinden. Es sinkt in der That

von der Wasseroberfläche in die Tiefe der Elementengefässe herab, lagert sich an den Zinkcylinder auf's Engste an, und bildet so eine förmliche Isolirschicht um den Zinkcylinder, deren Folgen für die Constanz und die Stärke des Stromes leicht abzusehen sind. Selbst, wenn durch die Belehrung Spamer's die Zinkcylinder immer kleiner angefertigt, und an allen Stellen, die nicht zum Contacte absolut erforderlich sind, mit Lack überzogen werden, so wird das vegetabilische Oel doch sich allmälig zwischen die 2 Pole schieben, und zwar — wie ich auf's deutlichste gesehen habe — auf dem Wege der Imbibition des Barchent- oder Flanellstückes, auf welchem der Zinkcylinder steht. Auf diese Weise wird eine vollständige Isolirschicht hergestellt, die in einem Element mehr, im andern weniger dicht ist, und unbedingt eine erhebliche Intensitätsdifferenz im Strome der einzelnen Elemente erzeugen muss, wie leicht mit dem Galvanometer nachweisbar ist.

Ich warne also auf Grund persönlicher Erfahrung vor diesem Verfahren der Uebergiessung mit vegetabilischem Oel, und bemerke, dass hierzu nur animalische Fette tauglich sind, die in heiss-flüssigem Zustande über das Wasser gegossen, alsbald erhärten, und keine Vermischung mit dem Wasser eingehen.

# Referate.

1) Dr. **John Merson**. Ueber den Einfluss der Diät auf die Epilepsie. (The West-Riding-Lunatic-Asylum medical reports Vol. V. 1875.*)

Durch Speculation über die verschiedenartig chemische Zusammensetzung der grauen Rinde bei verschiedenartigen Erkrankungen des Gehirns, insbesondere durch eine Aeusserung von Hughlings Jackson, dahingehend, dass bei gewissen durch krankhafte Processe gesetzten Nutritionsstörungen der Rinde ein Ueberschuss stickstoffhaltiger Elemente — durch Substitution der Phosphorelemente — in derselben vorhanden sei, die eine grössere, abnorme Erregungsfähigkeit der Rinde verursachten, hat Verf. folgende interessante Versuche angestellt. Es wurden 24 an chronischer Epilepsie leidende Kranke, die ganz willkürlich ausgewählt wurden, derartig einer diätetischen Cur unterworfen, dass 12 Kranke 4 Wochen lang nur Fleischnahrung, die folgenden 4 Wochen nur Mehlkost erhielten, während den andern 12 Kranken zuerst 4 Wochen lang Mehlkost, dann 4 Wochen lang Fleischnahrung gereicht wurde. Vor Beginn der Cur wurde jeder Kranke genau gewogen, und sein körperliches und geistiges Verhalten genau notirt. Letzteres fand auch während der Cur täglich statt, gleichzeitig wurde die Anzahl der Anfälle genau protocollirt, und nach Verlauf von 4 Wochen wurde wiederum gewogen. Bei der Fleischkost gab es à Person Frühstück: 240 gramm mageres Fleisch (Ochsen- oder Hammel), 180 Brod, 1/2 Quart Café. Mittag: 360 gramm mageres Fleisch,

*) Wir werden aus diesen ganz vorzüglichen, bei uns nur äusserst spärlich gekannten Anstaltsberichten — auch aus den früheren Jahrgängen — häufigere Referate bringen. D. Red.

210 Brod, gelegentlich mit frischen Vegetabilien abwechselnd. Abends: 120 gramm Brod, ebenso viel Käse; Thee. Bei der Mehlnahrung erhielt der Kranke beim Frühstück: 240 gramm Brod, 22 Butter, 1/2 Quart Café. Mittags: zweimal in der Woche 3/4 Quart Arrowrootmilch enthaltend 60 gramm Arrowroot und 90 Brod; an 2 anderen Tagen Hafergrützensuppe aus 90 gramm Hafergrütze und 1/2 Quart Milch bereitet; die anderen 3 Tage 360 gramm Kartoffeln, 45 Butter, 90 Brod und 1/4 Quart Milch. Abends wie beim Frühstück nur Thee statt Café. Der Durchschnittsbetrag dieser verschiedenen Nährstoffe, den Wassergehalt abgerechnet, auf den einzelnen Kranken bezogen, in Gran berechnet, ergiebt sich aus folgenden beiden Tabellen:

Fleichkost.

| | Stickstoff. | Fette. | Kohlenhydrate. | Salze. | Total. |
|---|---|---|---|---|---|
| Frühstück . . . . | 783 | 115 | 780 | 166 | 1844 |
| Mittag . . . . . . | 1667 | 229 | 1560 | 332,4 | 3788,9 |
| Abend . . . . . . | 585,7 | 333 | 891,5 | 89 | 1899,2 |
| Total . . | 3035,7 | 677 | 3231,5 | 587,4 | 7532,1 |

Mehlkost.

| | Stickstoff. | Fette. | Kohlenhydrate. | Salze. | Total. |
|---|---|---|---|---|---|
| Frühstück . . . . | 245 | 342 | 1260 | 70,4 | 1917,4 |
| Mittag . . . . . . | 629,6 | 694 | 2170 | 131,8 | 3625,4 |
| Abend . . . . . . | 245 | 342 | 1260 | 70,4 | 1917,4 |
| Total . . | 1119,6 | 1378 | 4690 | 272,6 | 7460,2 |

Das Trockengewicht in beiden Nährarten ist also in der Summe ziemlich gleich, und wenn die Salze abgerechnet werden, so ergibt sich, dass bei der Fleischkost die stickstoffhaltigen Bestandtheile nahezu die Hälfte des Gesammtbetrages, dagegen bei der Mehlkost kaum ein Fünftel desselben ausmachen. In beiden Fällen betrug die Gesammtquantität der Nahrung beträchtlich weniger als gewöhnlich ein gesunder Erwachsener mit mässiger Körperbewegung bedarf. Desshalb wurde auch die mechanische Arbeit der Kranken bedeutend reducirt.

Der Einfluss der beiden verschiedenen Nahrungsmodi auf Geist, Körper und die Anzahl der Anfälle gestaltet sich folgendermaassen: Bei einer beträchtlichen Anzahl jener Kranken, die Fleischnahrung während der ersten 4 Wochen erhielten, wurde bemerkt, dass sie bald nach Beginn dieses Regimen träger und dummer wurden, als sie kurz vorher waren, sie sassen den grössten Theil des Tages träumerisch und gedankenlos da, waren sehr langsam und schlaff in ihren Bewegungen, und nahmen kaum Notiz von dem, was um sie her vor ging. Es war dies insbesondere zu constatiren bei den 4

ersten, dann bei Fall 8, 10 und 11 der Tabelle I (siehe unten). Während der ganzen Periode der Fleischkost dauerte dies Verhalten an, zeigte zu verschiedenen Zeiten Intensitätsschwankungen, stand aber in gar keiner Beziehung zu der Anzahl der Anfälle. Alsbald nach dem Uebergang zur Mehlkost begann dieser Stumpfsinn zu schwinden, und zwar bei manchen Fällen in auffälliger Weise. Diese geistige Besserung war nicht immer von einer bemerkenswerthen Verminderung der Anfälle begleitet, wie Fall 3 der Tab. I beweist, wo vielleicht von allen Fällen die auffallendste psychische Besserung eintrat, und wo in der Mehlzeit doch nur 2 Anfälle weniger waren wie in der Fleischperiode.

Ziemlich ähnlich in allen vorerwähnten Punkten verhielten sich die, bei denen zuerst die Mehlcur angewandt wurde. Bei einigen, die während derselben lebhaft und geistig regsam (intelligent) waren trat mit dem Wechsel der Kost dieselbe körperliche und geistige Schlaffheit ein, bes. in Fall 2, 3, 5, 8 und 9 der Tab. II (siehe unten), wobei einige eine bedeutende Zunahme der Anfälle erlitten. Bei anderen war dies nicht zutreffend, und liess sich überhaupt eine Beziehung zwischen geistigem Verhaltem und den Anfällen nicht nachweisen, ja in Fall 8, bei dem der Stupor am ausgeprägtesten auftrat, war selbst die Anzahl der Anfälle in der Fleischperiode geringer als in der Mehlzeit.

Das *allgemeine körperliche Verhalten* der Kranken wurde weder durch den einen, noch den anderen Nahrungsmodus wesentlich alterirt. Unter beiden Regimen war während des ersten Monats eine gelinde Neigung zu Gewichtsverlust vorhanden, was aber bekanntlich mit der alten Beobachtung übereinstimmt, dass überhaupt bei jeder regelmässig durchgeführten Diät Tendenz zu Körpergewichtsabgabe besteht. Im zweiten Monat blieb sich das Gewicht ziemlich gleich, bei keinem Kranken trat irgendwie eine erhebliche Schwankung ein.

Die *Temperatur* zeigte grosse individuelle Schwankungen, in sofern als einige Kranke bei der Fleischkost höhere Temperaturen hatten als bei der Mehlnahrung, andere umgekehrt. Im Allgemeinen waren die Durchschnittstemperaturen der Fleischperiode höher als die entsprechenden der Mehlzeit; die erhöhte Abendtemperatur bewegte sich über normalen Grenzen.

Der Urin wurde bei 12 Kranken gemessen, und zwar wurde immer die Urinmenge von 3 Tagen zusammen untersucht. Die Durchschnittsmenge der Fleischperiode betrug 2960 Centimeter, die der Mehlperiode 3050 Cent. Die Ausscheidung des Harnstoffes war natürlich während der Fleischnahrungszeit beträchtlich höher und betrug für 3 Tage 65,4 gramm gegen 43,12 gramm der Mehlperiode. Die Salze waren mit Ausnahme der Chloride beträchtlich vermehrt bei der Fleischkost. Die Phosphate als $P_2 O_5$ berechnet, gaben im Durchschnitt 6,72 gramm bei Mehlkost und 7,43 gramm bei Fleischkost. Die Sulphate als $SO_3$ berechnet betrugen 4,73 unter Mehlkost gegen 5,72 unter Fleischkost. Na Cl war während der Mahlzeit vermehrt. Das spec. Gewicht in der Fleischzeit höher.

Ueber die Anzahl der Anfälle geben die Zahlen in folgenden beiden Tabellen genügenden Aufschluss:

Tabelle I.

| | Fleischkost. | | | | | Mehlkost | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | 1te Woche | 2te Woche | 3te Woche | 4te Woche | Total. | 1te Woche | 2te Woche | 3te Woche | 4te Woche | Total. |
| 1 | 11 | 2 | 1 | 1 | 15 | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 |
| 2 | 2 | 4 | 6 | 3 | 15 | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| 3 | 16 | 12 | 10 | 10 | 48 | 15 | 9 | 10 | 12 | 46 |
| 4 | 6 | 7 | 4 | 7 | 24 | 7 | 5 | 2 | 3 | 17 |
| 5 | 1 | 6 | 1 | 1 | 9 | 3 | 6 | 0 | 1 | 10 |
| 6 | 1 | 2 | 3 | 6 | 12 | 2 | 2 | 4 | 2 | 10 |
| 7 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 8 | 0 | 7 | 2 | 5 | 14 | 3 | 3 | 1 | 4 | 11 |
| 9 | 2 | 3 | 1 | 3 | 9 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| 10 | 6 | 12 | 23 | 41 | 82 | 13 | 26 | 23 | 7 | 69 |
| 11 | 1 | 2 | 6 | 8 | 17 | 1 | 1 | 7 | 1 | 10 |
| 12 | 23 | 11 | 17 | 12 | 63 | 15 | 10 | 69 | 59 | 153 |

Tabelle II.

| | Mehlkost. | | | | | Fleischkost. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | 1te Woche | 2te Woche | 3te Woche | 4te Woche | Total. | 1te Woche | 2te Woche | 3te Woche | 4te Woche | Total. |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 0 | 6 | 1 | 1 | 8 |
| 2 | 6 | 2 | 1 | 9 | 18 | 1 | 2 | 8 | 1 | 12 |
| 3 | 0 | 0 | 13 | 19 | 32 | 25 | 9 | 3 | 3 | 40 |
| 4 | 0 | 2 | 2 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 |
| 5 | 16 | 1 | 7 | 8 | 32 | 13 | 17 | 3 | 10 | 43 |
| 6 | 6 | 4 | 3 | 1 | 14 | 2 | 4 | 2 | 6 | 14 |
| 7 | 1 | 7 | 0 | 5 | 13 | 9 | 2 | 1 | 1 | 13 |
| 8 | 8 | 1 | 3 | 3 | 15 | 1 | 3 | 4 | 4 | 12 |
| 9 | 10 | 11 | 10 | 5 | 36 | 19 | 8 | 5 | 15 | 47 |
| 10 | 4 | 5 | 1 | 3 | 13 | 1 | 3 | 1 | 4 | 9 |
| 11 | 1 | 0 | 1 | 2 | 4 | 6 | 3 | 2 | 3 | 14 |
| 12 | 60 | 70 | 64 | 65 | 259 | 55 | 18 | 26 | 5 | 116 |

Eine nähere Betrachtung ergibt zunächst für Tabelle I Folgendes: In 9 von den 12 Fällen fand eine Abnahme der Anfälle während der Mehlzeit statt, und zwar um 32,3 %. Es beträgt nämlich die Durchschnittsanzahl der Anfälle in jedem dieser 9 Fälle 26,2 in der Fleischzeit und 19,8 in der Mehlzeit. Bei einem Falle blieb sich die Frequenz der Anfälle unter beiden Regimen gleich, in zwei anderen stieg dieselbe während der Mehlperiode, und zwar in Nro. 5 um 1, in Fall Nro. 12 weit über das Doppelte, genau um 142,8 %, von 63 auf 153. Bei diesem letzten Kranken traten periodisch wiederkehrend Ausbrüche von Anfällen mit erheblich gesteigerter Frequenz auf, er kann also eigentlich desswegen nicht gegen die Einwirkung der Mehlkost sprechen.

Die Fälle der Tabelle II sprechen weniger deutlich zu Gunsten der Mehlkost, obwohl auch hier ein ähnliches Verhalten wie oben vorliegt. In 5 Fällen nur bewirkte die Fleischkost eine directe Zunahme der Anfälle und zwar um 40,7 %. Die Durchschnittszahl von 21,6 in der Mehlzeit stieg auf 30,4 während der Fleischperiode. Bei den übrigen 7 blieb sich die Anzahl 3 Mal gleich, sie sank 4

Mal während der Fleischperiode und zwar in Fall 2 von 18 auf 12, in Fall 8 von 15 auf 12, in Fall 10 von 13 auf 9 und in Fall 12 von 259 auf 116. Diese letztere Differenz ist eine colossale, es ist aber dabei zu bemerken, dass der betr. Patient an Anfällen von Tobsucht litt, welche einen bedeutenden Einfluss auf die Vermehrung der Anfälle ausübten. Desshalb muss erwähnt werden, dass der Charakter der Anfälle während der Mehlzeit viel gelinder war, und dass in dieser Zeit, selbst als die tägliche Anzahl der Anfälle von 8 auf 12 stieg, seine geistige Verfassung klarer wurde als sie es war zur Zeit, wo er gewöhnliche Kost genoss bei sonst gleichem Verhalten der Anfälle.

In Summa ergibt sich also aus der Beobachtung der 24 Fälle, dass in 14 ein entschiedener Erfolg zu Gunsten der Mehlnahrung vorliegt. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Anfälle dieser 14 Kranken in der Mehlzeit 20,7, in der Fleischzeit 28,3, also ein Plus von 36,7 % in der letzteren. Von den restirenden 10 Fällen, zeigten 4 gar keine Verschiedenheit unter den beiden Ernährungsarten, und es blieben also nur 6 übrig, bei denen sich das Verhalten umgekehrt gestaltete; doch hiervon sind, wie wir gesehen, eigentlich 2 Fälle in Abzug zu bringen, so dass also nur in 4 Fällen, d. h. in 16,6 % ein ungünstiges Resultat vorliegt.

Aus alle dem dürfte mit grösster Gewissheit hervorgehen, dass eine stärkemehlhaltige Kost, wie sie oben näher beschrieben ist, von wohlthätigerem Einflusse ist bei der Behandlung der Epilepsie als eine fleischhaltige Nahrung, und dass die Erfolge obiger Versuchsreihe, welche sich im geistigen Verhalten des Patienten neben der evidentesten Herabsetzung der Anfälle constatirten ganz entschieden dafür sprechen, derartige Versuche zu wiederholen, und die daraus resultirende Erfahrung practisch consequent zu verwerthen.*)

---

2) **Chevalier**. Ueber hysterische Lähmungen.
(Etude clinique sur les Paralysies hystériques des quatre membres. Paris, Delahaye 1877.)

Lähmungen aller Extremitäten kommen bei Hysterischen selten zur Beobachtung; das über sie Gesagte gilt aber für die nicht so seltenen hysterischen Lähmungen überhaupt. Mit Uebergehung der bekannten Aetiologie wenden wir uns gleich zu den Paralysen selbst. Sie befallen alle Glieder auf einmal oder nach und nach, aber weder sind alle Extremitäten, noch alle Partien einer Extremität gleichmässig gelähmt. Die linke Seite ist meist stärker ergriffen, selten kommt gleichzeitig Gesichtslähmung vor, und ist dann stets nur einseitig; häufiger sind dagegen Lähmungen der Blase und der Pharynxmuskeln, seltener jene des Oesophagus. Selbst bei completer Aphonie und Dysphagie fehlt aber constant eine Betheiligung der Respirationsmuskeln; das Intactbleiben der Hals- und Brustmuskeln ist eins der wichtigsten Zeichen der hysterischen Lähmung. Auch der Symptomencomplex der sog. Bulbärlähmung,

---

*) „Duo epileptici ab omni cibo animali abstinuerunt et sanati sunt" sagt schon Heberden anno 1804 in seinen von Th. Soemmering herausgegebenen Commentariis de morborum historia et curatione. Dr. E.

der z. B. bei diphtheritischen und Bleilähmungen etc. mitunter sich ausbildet, fehlt bei der hysterischen Lähmung. Je weiter verbreitet die Lähmung, desto hochgradiger ist sie auch in der Regel, einzelne Bewegungen können aber doch in der Regel noch ausgeführt werden und eine totale, absolute Unbeweglichkeit gehört zu den seltensten Ausnahmen. Gewöhnlich handelt es sich nur um eine Parese, deren Intensität leicht mit dem Dynamometer abzuschätzen ist. Seltener als eine Seite sind beide Unterextremitäten stärker gelähmt, als die beiden obern, die Intensität der Lähmung bleibt stets die gleiche; es findet sich keine allmälige Zunahme derselben, wie z. B. bei Rückenmarkslähmungen, und nur wo die begleitende Anämie sehr rasch zu oder abnimmt, nimmt auch die Intensität der Paralyse ab oder zu. Nach hysterischen Anfällen aber verändert sich die Lähmung sehr; nach einem Insulte kann sich z. B. die bestandene Hemiplegie in eine Lähmung aller 4 Extremitäten verwandelt haben, oder eine Hemiplegie in eine Paraplegie u. s. w. oder die Lähmung verschwindet auch ganz und an ihre Stelle treten andere hysterische Erscheinungen. Auch nach heftigen Gemüthsbewegungen kann die Lähmung verschwinden, kehrt aber in der Regel bald wieder. Den geringsten Wechsel zeigt übrigens jene Lähmung, welche alle 4 Glieder befallen hat. Mitunter sinkt die Temperatur der gelähmten Theile in Folge einer Verlangsamung der Capillarcirculation. Die Reflexbewegungen sind nicht erhöht, sondern herabgesetzt. Die electro-musculäre Contractilität ist nach Duchenne erhalten, die Sensibilität vermindert; leider sind aber diese Angaben nicht stichhaltig für alle Fälle. Auch die Untersuchung mit dem constanten Strome liefert einige Anhaltspunkte für die Diagnose, doch würde deren Detaillirung hier zu weit führen. Die Ernährung der Muskeln bleibt intact; trotz langem Bestande der Lähmung findet sich weder Abmagerung, noch Atrophie der Muskeln. Diese Lähmung bildet fast niemals das einzige Symptom der Hysterie, sie ist fast constant mit Anästhesie verbunden, die ihr nicht selten vorangeht; sie zeigt dieselbe Ausbreitung, wie die Lähmung oder tritt in der Form der Hemi-Anästhesie auf, welche bis auf die neueste Zeit als pathognomonisches Zeichen der Hysterie galt. Bald kommt Analgesie, bald Anästhesie vor, der Temperatursinn leidet selten. Die Anästhesie bleibt nicht auf die Haut beschränkt, sie befällt auch die Muskeln, Knochen etc. und es entsteht dann die hysterische Ataxie. Mitunter kommt aber das Gegentheil vor, Hyperästhesie der gelähmten Glieder, dann gleichzeitig Ovarialschmerz und andere sensible Störungen, in Globus, Clavus, Schmerzen am Thorax u. s. w. Die grossen Nervenstämme der gelähmten Glieder sind fast nie schmerzhaft ergriffen. Die Contractur der gelähmten Theile galt in Frankreich für eine sehr seltene Erscheinung, und wurde fast nur in England beobachtet; neuerdings sah man sie auch in Frankreich häufiger auftreten, sie stellten sich selten vor der Lähmung ein, gewöhnlich gleichzeitig mit ihr, oder sie folgen ihr in einer unbestimmten langen Zeit nach. (Vergl. Bourneville et Voulet: de la contracture hystérique, Paris 1872 Ref.) Die Contractur muss nicht alle gelähmten Glieder befallen, sie kann auf

eine Seite beschränkt sein. Zittern der Glieder oder Convulsionen wie bei Myelitis, kommen bei dieser Lähmungsform nicht vor, man kann aber durch forcirtes Strecken der gelähmten von Contractur befallenen Glieder künstlich ein Zittern derselben hervorrufen, das sehr der Epilepsia spinalis bei Sclerose des Rückenmarks gleicht. Gleichzeitig mit diesen Lähmungen finden sich Störungen der Menstruation, Meteorismus, Blasenlähmung u. s. w.. Personen die an hysterischen Lähmungen leiden, werden seltener von hysterischen Anfällen ergriffen, es scheint hier ein Antagonismus zwischen Krampf und Lähmung zu bestehen. Sehr seltene Complicationen sind Lethargus, Katalepsie u. s. w. Die Lähmungen treten meist ohne Fieber auf; begleitet sind sie in der Regel von den Erscheinungen der Chlorose, ausserdem wurden beobachtet Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Störungen der Digestion, Zuckergehalt des Harnes (??). Die Dauer dieser Lähmungen ist nicht zu bestimmen, haben sie einmal 5 Jahre bestanden, so ist ein Ende gar nicht abzusehen. *Die Heilung* erfolgt plötzlich, durch einen heftigen Gemüthseindruck, einen chirurgischen Eingriff etc. (z. B. einmal nach einer Einführung der Uterussonde) oder allmälig bei einer geeigneten Behandlung; doch haben diese Lähmungen die Neigung, stets wieder zurückzukehren. *Die Prognose* ist bei Lähmungen aller 4 Glieder ungünstiger, als bei andern Formen hysterischer Lähmungen, schon in Bezug auf die Dauer desselben; hochgradige Anämie, Erblichkeit, gleichzeitige Lähmung des Oesophagus und des Zwerchfells etc. trüben noch mehr die Prognose. *Die Diagnose* stützt sich auf das Vorhandensein anderer hysterischer Symptome, auf die „hysterical diathesis“ der Engländer, auf die oben auseinandergesetzten Charactere der Lähmung, auf die Abwesenheit aller Symptome, welche für ein Leiden des Centralnervensystems sprechen.

*Therapie.* Wiederholte Vesicanzen längs der Wirbelsäule wurden gerühmt, weil man eine allgemeine oder locale Congestion des Rückenmarks als Ursache dieser Lähmungen ansah, und aus dem gleichen Grunde wurden auch Blutegel angewendet. Es kann nichts Schädlicheres geben als eine solche Therapie. Strychnin, Abführmittel, Secale cornutum, Opium, Bäder mit Valeriana, die verschiedensten Mineralwässer (Barèges, Canterets, Saint-Sauveur etc.) N é g l i n'sche Pillen (Ext. hyosciam, Est. Valerian, Zinci oxid. ana, nach Ratier noch mit Ext. fumariae Ref.) wurden nebst zahllosen anderen Mitteln versucht, und haben in vielen Fällen geholfen, in sehr vielen im Stich gelassen. Die einzigen rationellen Mittel sind Tonica und die Electricität. Wir nennen hier Chinin, Eisen, Amara, die Hydrotherapie, sorgfältige hygieinische Behandlung, Landaufenthalt, kräftige aber leicht verdauliche Nahrung, rohes Fleisch, Rothwein etc. neben einer entsprechenden psychischen Behandlung der Kranken. Nach O n i m u s und L e g r o s sind diese Lähmungen stets central bedingt, man muss daher die Electricität auf die Nervencentren und nicht auf die peripherischen Nerven wirken lassen, und aus diesem Grunde muss man den konstanten Strom dem inducirten vorziehen; der positive Pol kommt nach D u c h e n n e an den obern Theil der Medulla, der negative wird in Wasser geleitet, in dem

die Füsse der Kranken stehen. Man wendet diese Methode an, um Schorfbildungen, die sich nach der Galvanisation gern einstellen, vorzubeugen. Man wendet Batterien von zahlreichen Elementen mit schwacher Spannung an. Nur bei sehr begrenzten Lähmungen, die bereits lange Zeit bestehen, so wie in einzelnen Fällen von Contracturen kann der inducirte Strom angewendet werden, d. h. im letztern Falle auf die Antagonisten der in Contractur befindlichen Muskeln. Wenn die Elektricität einen heilsamen Einfluss hat, so zeigt sich dieser deutlich schon nach den ersten Sitzungen, Duchenne sah sogar nach einer einzigen Sitzung Heilung erfolgen. Tritt nach langer Zeit keine Besserung ein, so setzt man die Behandlung mehrere Tage aus, und beginnt dann mit dem andern Strome, mit dem intermittirenden, wenn der constante sich nicht bewährt hat, und umgekehrt. Stets zeige der Arzt das vollste Vertrauen in seine Methode, es geht dann auf die Kranken über, und ist von dem günstigsten Einflusse zumal bei dieser Form der Lähmung. Zum Schluss sei noch die Methode von Gueneau de Mussy erwähnt, eine Art psychischer Behandlung, die durch starke Einwirkung auf das Gemüth der Kranken wirken soll. Man erklärt den Kranken, dass man endlich zu den energischsten, jedoch sehr gefährlichen Mitteln schreiten werde, ihr Leben sei in höchster Gefahr, wenn nicht Alles genau befolgt werde, der geringste Missgriff, das leiseste Versehen geschehe etc., dann berufe man noch ein Concilium der berühmtesten Aerzte, und verordnet nach langer Berathung: 1. der Kranke nimmt täglich 3 „fürchterliche Pillen“ (pilules fulminantes) in Intervallen von je $^1/_2$ Stunde. 2. Ein kräftiges Antidot wird in Bereitschaft gehalten, um bei den leisesten Intoxicationserscheinungen sofort angewendet zu werden. 3. Zwei Aerzte bleiben fortwährend in der Nähe des Kranken, um ihm sofort den nöthigen Beistand leisten zu können. — Die Pillen bestehen aus Brodkrume, das Antidot ist reines Wasser; und doch ist die Einbildung der Kranken so mächtig, dass sie oft die heftigsten Intoxicationserscheinungen verspüren, die nach einigen Gaben des Gegengifts — des reinen Wassers — mit Blitzesschnelle verschwinden. (Diese Methode streift schon sehr bedenklich an die Grenze jener antiquirten Methoden, die sonst als psychische Therapie angesehen wurden, aber richtiger als psychische Kunststückchen bezeichnet werden können, wie z. B. das Köpfen einer Puppe, die Entfernung eines beladenen Heuwagens aus dem Magen durch ein Brechmittel etc. und von denen ich die wichtigsten und bedeutensten gelegentlich für die Leser dieses Blattes zusammenzustellen gedenke, denn olim meminisse juvabit. Ref.)

Dr. Smoler, (Prag).

---

3) Dr. **Adolph Müller** (Gunzenhausen). Pericarditis mit Chorea.

(Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. XXI. 1. Heft.)

Ein 10jähriges kräftiges Mädchen, welches vor $1^1/_2$ Jahren ziemlich rasch vorübergehend an Morb. maculos. Werlholfii gelitten, vor 1 Jahre leichte Scarlatina überstanden hatte, machte in der zweiten Hälfte October 1875 eine acute Polyarthritis durch, die

zwar von hohem Fieber begleitet war, aber nur wenige Gelenke befiel und keine Complicationen zeigte. Nach 4 Wochen schon besuchte sie wieder die Schule, musste aber bereits nach 10 Tagen wegen eines Recidivs (Schmerzen in den Nackenmuskeln und einem Arme) wieder zu Hause bleiben. Gleichzeitig war die Temperatur erhöht, die bis auf 41,3 anstieg und sich mehrere Tage bei freiem Sensorium auf dieser Höhe hielt. Nach 8 Tagen konnte eine Pericarditis mit „massenhaftem Exsudat“ nachgewiesen werden. Mit der Wiederkehr der rheumatischen Schmerzen, aber noch vor Ausbruch des Fiebers, war zuerst auffallende Unruhe beim Sitzen und fahriges Wesen bes. beim Schreiben aufgetreten; die Erscheinungen einer äusserst hochgradigen Chorea wurden in wenigen Tagen so heftig, dass das Kind nicht mehr sitzen konnte und auch beim Liegen musste ein zweites Bett dicht neben das ihrige gestellt werden und beständig Jemand anwesend sein, damit sie nicht durch die ununterbrochenen heftigsten Jactationen der gesammten Körpermusculatur herausgeschleudert wurde. Das Sprechen war schon am 4. Tage nicht mehr möglich und es wurden nur unarticulirte Töne hervorgestossen; von selbständigem Essen keine Rede mehr, durch das beständige Hin- und Herwerfen der Zunge wurde überhaupt die Nahrungsaufnahme sehr schwierig. Die Dornfortsätze besonders der Halswirbelsäule waren in den ersten Tagen ziemlich empfindlich, später gar nicht mehr. Während des Schlafes leises Sehnenhüpfen. Es wurde Bromkalium und der aufsteigende galvan. Strom l. d. W. angewandt.

Die Beziehungen der Chorea zum Gelenkrheumatismus sind schon von Alters her bekannt, und auch im vorliegenden Falle dürfte dieselbe mit dem Recidiv des Rheumatismus im nächsten Zusammenhang stehen, das anderseits sich mit der Pericarditis complicirte. Diese als solche hat mit der Chorea wohl gar nichts zu thun, da die Chorea schon lange vor der Pericarditis ihren Höhepunkt erreicht hatte und zur Zeit des höchsten Standes der Herzaffection bereits wieder im Abnehmen begriffen war. Ref. kann daher auch den vorliegenden Fall durchaus nicht als „schweren, complicirten Fall von Chorea“ ansehen, und würde in dem Titel der Arbeit nicht von „Pericarditis mit Chorea“ gesprochen, sondern denselben als „Polyarthritisrecidiv mit Chorea und Pericarditis“ formulirt haben.

---

4) **Gallopain:** Ueber Bluterguss in die Ventrikel.

(Des hémorrhagies cérébrales intra-ventriculaires. Paris. 1877.)

Bei Blutergüssen in die Thalami opt. erfolgt am häufigsten ein Durchbruch in die Ventrikel, und wo dieser stattgefunden, treten etwa in der Hälfte der Fälle Convulsionen oder Contracturen auf. Dennoch wäre der Schluss nicht gerechtfertigt, dass der Bluterguss in den Ventrikel die Ursache jener motorischen Erscheinungen ist; diese hängen vielmehr von einer mehr minder directen Reizung excito-motorischen Partien des Gehirns durch das ergossene Blut

ab, und zwar sind es die Pedunculi cerebri, die oft durch die Hämorrhagie direct in einen Reizzustand versetzt, zu den Convulsionen Veranlassung geben. Die alte Ansicht, dass sie einer Reizung des Ependyms ihre Entstehung verdanken, ist nicht mehr haltbar; denn im Rückenmarke wird nichts Aehnliches beobachtet; weiter sind zahlreiche Fälle intraventriculärer Blutungen bekannt, in denen weder Convulsionen noch Contracturen auftraten, und diesen stehen wieder jene gegenüber, wo das Ependym bei umschriebenen Gehirnblutungen gar nicht beeinträchtigt war, aber doch Convulsionen sich einstellten. Bei experimentellen Verletzungen der Thalami opt. treten sofort Convulsionen ein, wenn die Pedunculi cerebri mit verletzt werden, und man ist berechtigt, die bei Hämorrhagien in die Sehhügel auftretenden Convulsionen von einer Reizung der Pedunculi cerebri abzuleiten. Auch Hämorrhagien aus andern Theilen des Gehirns können in die Hirnhöhlen durchbrechen; treten hier Convulsionen ein, was auch der Fall ist, so hat man sie auf eine Reizung der motorischen Centren in der Nähe der Rolando'schen Furche zurückzuführen. Im Allgemeinen ist daher festzuhalten, dass bei Gehirnblutungen auftretende Convulsionen nur darauf hindeuten, dass der hämorrhagische Heerd in directer oder indirecter Beziehung zu excito-motorischen Partien des Gehirns steht, und dass, wenn bei Bluterguss in die Ventrikel hauptsächlich Convulsionen beobachtet werden, dies nur daher kommt, dass eben jene Heerde, welche eine Beeinträchtigung der excito-motorischen Theile des Gehirns setzen, es sind, welche auch am häufigsten einen Durchbruch des ergossenen Blutes in die Ventrikel zur Folge haben, es handelt sich daher um ein einfaches Zusammenfallen beider Momente, nicht aber um Ursache und Wirkung. Uebrigens kommen Contracturen in etwas mehr als der Hälfte aller Fälle vor, wo ein Bluterguss in die Ventrikel stattfindet; wo dieser letztere stattgefunden hat, sass die ursprüngliche Blutung in zwei Dritteln der Fälle in den Sehhügeln, und endlich hatten Blutungen in die Sehhügel in 3 Fällen zweimal Convulsionen zu Begleitern. Dr. Smoler (Prag).

---

5) **Arens** (Luxemburg). Cerebral-Amaurose nach Insolation. (Bulletin de la Soc. de sc. méd. du Gr. Duché de Luxembourg 1874.)

Eine Patientin von 17 Jahren, kräftig gebaut, giebt an vor einem Jahre während 6 Wochen wegen eines Sonnenstiches ärztlicher Hilfe bedurft, und während der Zeit bei starkem Fieber an heftigen rechtsseitigen Kopfschmerzen gelitten zu haben. Dieser Kopfschmerz sei selbst nach der Genesung niemals ganz verschwunden. Ein Jahr später ist Pat. auf dem rechten Auge plötzlich erblindet. Zuerst sei vor dem Auge ein dichter aschgrauer Nebel gewesen, der sich allmälig verdichtet und in schwarzes Dunkel verwandelt habe. Der Kopfschmerz habe sich 8 Tage vor dem unglücklichen Ereignisse allmälig gesteigert und sei in der Nacht vor der Erblindung unerträglich gewesen; ebenso habe das rechte Auge während der Nacht höchst geschmerzt und des Morgens sei Erblindung mit Erweiterung der Pupillen eingetreten gewesen. Die Un-

tersuchung des rechten blinden Auges ergiebt: Conjunctiva b. et p. ohne Reizzustand; brechende Medien nicht getrübt; Pupille bedeutend erweitert, nicht reagirend; Bewegungen des Bulbus nach allen Seiten frei; keine Ptosis; Intraocul. Druck nicht gesteigert; Bulbus bei Betastung sehr empfindlich; Absolute concentrische Gesichtsfeldbeschränkung; kaum central vor dem Auge Lichtempfindung einer starken Gasflamme; ophthalm. Untersuchung ergiebt keine Anhaltspunkte für die Amaurose. — Herz normal; Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Lehrreich ist, wie Verf. auf dem Wege der Ausschliessung die Diagnose findet: „Nach dem ophthalmoscopischen Befunde konnte die Ursache der Erblindung nur extrabulbär sein. Druck auf den Opticus oder entzündlicher Process in demselben in der Strecke vom Augapfel bis zum Chiasma war nicht anzunehmen, da die Papille weder Stauungserscheinungen noch Entzündung darbot, das plötzliche Auftreten einer Erblindung ebenfalls dagegen spricht und auch keine andere Nervenfunctionsstörungen des Augapfels, als die oben angegebenen, vorlagen. In dem Chiasma selbst war der pathol. Process auch nicht anzunehmen, weil hemiopische Erscheinungen auf dem linken Auge fehlten; ebenso für die Strecke des Nerven vom Chiasma bis zum vorderen Hirnschenkel und zur Viersehhügelgegend. Auf Einträufelungen von Extr. calabar verengte sich die Pupille: der Oculomotorius com. reagirte durch seine Ausläufer vom Gangl. ciliare. Die Mydriasis trat aber gleich wieder ein. Mit dem grossen Hohlspiegel wurde ein intensiver Lichtkegel auf das erblindete Auge geworfen, die Pupille blieb erweitert und reagirte nicht. Da nun aber bei der Amaurosis uraemica ex Nephritide scarlatinosa vollständige Blindheit vorliegt und dennoch bei Berührung der Cornea oder bei Lichteinwirkung auf die Retina die Pupille sich verengt, und diese Reflexwirkung des Oculomotorius als abhängig von der Transmissionsfähigkeit des Opticus bis zu der Viersehhügelgegend angenommen wird bei normaler Function der corp. quadrigem., so musste in dem vorliegenden Falle auf einen patholog. Process an der Viersehhügelgegend geschlossen werden, denn die Reflexerregung des Oculomotorius vom Viersehhügelpaar durch Lichteinwirkung war nicht mehr vorhanden, ob gleich Calabar direct auf die Centren des Oculomotorius einwirkend, Reizung desselben und mithin Contraction des innern Irissphincter bewirkte. Danach wurde die Diagnose gestellt auf Meningitis basilaris circumscripta an dem rechten Sehhügelpaar, wo das Exsudat durch Druck auf Nervenelemente der beiden Sehhügel die Erklärung über die physiologisch-pathologischen Erscheinungen im Bereiche des Opticus und Oculomotorius abzugeben die Möglichkeit bietet. Die seit der Meningitis basilaris ex insolatione vom vorigen Jahre beständig fortbestehenden Kopfschmerzen erklären den chronisch schleichenden entzündlichen Process an der in Rede stehenden Stelle; der in der Nacht vor der Erblindung zum Paroxismus gesteigerte Kopfschmerz mit der plötzlich während der Nacht eintretenden Erblindung sprechen für spontane Exsudation mit nachfolgenden Druckerscheinungen auf das rechte Sehhügelpaar.“ Die Pat. erhielt Abends

ein Fussbad mit 30,0 Acid. nitric., Morgens Friedrichshaller Bitterwasser, später Calomel in refr. dosi bis zur Salivation, 6 Vesicantien über rechte Stirn, Schläfe und Proc. mast., absolute Ruhe im dunkeln Zimmer. Nach 4 Tagen war der Kopfschmerz unmerklich, das Schwarzdunkel vor dem blinden Auge fing an sich aufzuhellen. Kalii jodati gr. 1,0 pro die, Abends ein Fussbad wie oben. Strychnininjection gegen torpor retinae. Am folgenden Tage schon zählte Pat. Finger auf 3 Fuss. Gesichtsfeld aufgehellt. Pupille verengt sich. Sechs Strychnininjectionen. Nach nicht ganz 6 Wochen functionirte das total amaurotische Auge wieder wie vor der Erkrankung.

---

6) Dr. **Weiss** (Heidelberg). Encephalomeningitis tuberculosa mit solitärem Tuberkel in der Chorioidea eines Auges.

(Gräfes Archiv f. Augen-Heilkunde. Bd. 23. IV. S. 118.)

Verf. theilt einen Fall mit von einem 27jährigen kräftigen Individuum, bei dem eine tuberculöse Affection der Chorioidea nur eines Auges erst am 20. Tage vor dem Tode, unter äusseren sehr heftigen Erscheinungen und dem ophthalmoskopischen Bilde einer Chorio-Retinitis acuta diffusa und der Amaurose aufgetreten war. Der Tod erfolgte unter den Symptomen einer schweren Meningitis. Die Section ergab, dass im hinteren Bulbusabschnitt, scharf an dem äusseren Rande der Papille beginnend eine graugelb gefärbte Masse von 3 Mm. Höhe, 7,5 Mm. Breite in der Chorioidea gelagert war, deren mikroskopische Beschaffenheit ächte, aus kleinen Knötchen zusammengesetzte Tuberkelmasse erkennen liess. Die Chorioidea war weiterhin frei von Tuberkeln, ebenso die übrigen Membranen des Auges. Die Section des Schädels constatirte eine Encephalomeningitis tuberculosa.

Characteristisch für diesen Fall ist 1) das lange Latentbleiben der Cerebral-Erscheinungen bei diffuser tuberkulöser Erkrankung des Gehirns und seiner Häute; 2) das locale und einseitige Auftreten eines Tuberkel der Chorioidea, dessen Beschaffenheit ganz an den solitären Hirntuberkel erinnert; 3) das Vorhandensein heftigster, äusserlich sichtbarer Entzündungserscheinungen eines an secundärer Tuberkulose leidenden Auges. Dr. Nieden (Bochum).

---

7) **Laforgue**: Ueber Hemi-Anästhesie aus cerebraler Ursache.

(Étude sur les rapports des lésions de la couche optique avec l'hémi-anesthésie d'origine cérébrale. Paris 1877.)

Auf Grund einer sehr eingehenden kritischen Durcharbeitung der bekannten Fälle gelangt der Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Die von Luys zusammengestellten Krankengeschichten, welche beweisen sollen, dass die Thalami optici der Sitz des Sensorium commune seien, sind durchaus nicht beweisend, und haben nicht die Bedeutung, die man ihnen beigelegt hat.

2. Es erhellt vielmehr aus diesen Beobachtungen, dass Verletzungen der Sehhügel, wenn sie allein auf diese beschränkt sind, und weder auf die Pedunculi noch auf den hintern Theil der Capsula int. übergreifen, niemals Anästhesie bedingen, welche dagegen Läsionen des hintern Theils der Capsula int. begleiten kann bei vollkommener Integrität der Sehhügel.

3. In der Mehrzahl der Fälle, wo Hemi-Anästhesie vorhanden war, handelte es sich meist um gleichzeitige Läsionen der Sehhügel und der Capsula int., allein nur die letztern waren der ausschliessliche Grund der Sensibilitätsstörung.

4. In einer gewissen Zahl von Fällen wurde bei Lebzeiten durch mehr minder lange Zeit Hemianästhesie beobachtet, während bei der Section einzig und allein Läsionen der Sehhügel nachgewiesen werden konnten. Aber auch in diesen Fällen muss die Sensibilitätsstörung auf ein Leiden der Capsula int. zurückgeführt werden; und zwar nicht etwa auf eine materielle Läsion derselben, sondern auf eine Compression von Seiten der benachbarten Theile, in specie der Thalami opt. Mit dem Nachlass und Schwinden des Druckes schwindet dann auch durante vita die Anästhesie, und die Section gibt scheinbar keine Aufklärung über ihre Ursache.

Dr. Smoler (Prag).

---

8) Dr. **Tuczek** (Cöln). Ueber Vaguslähmung.

(Deutsches Archiv f. Klin. Med. Bd. XXI., Nr. I).

Ein 36jähriger Kranker, der wegen Spitzenpneumonie in Behandlung ist, wird plötzlich von einer enormen Beschleunigung der Herzaction befallen; zwischen 190 und 208 Schläge in der Minute. Dabei normale Herzdämpfung, reine Töne, Temp. 37,2, Respirationsfrequenz 16. An den Lungen gegen früher keine Veränderung. Subjectives Gefühl von leichter Beklemmung und allmälig zunehmender Mattigkeit. Am folgenden Tag mässige Cyanose. Die Stimme unverändert. Temp. 36,2, Resp. normal. Keine Dilatation des Herzens, auch keine Undulation der Jugularvenen. Lungenblähung, die am folgenden Tage noch zunahm. Zwerchfell ausser Thätigkeit gesetzt. Am Abend des dritten Tages erreichte mit plötzlichem Abfall der Pulsfrequenz, der ganze Paroxysmus sein Ende.

Verf. erklärt den Vorgang nach Analogie des nach Vagusdurchschneidung (Traube) an Thieren gekannten Symptomencomplexes als eine periphere Vaguslähmung, wofür auch die Lungenblähung spricht, und neigt zu der Annahme, dass bei dem tuberculosen Individuum eine geschwellte Lymphdrüse den Vagus unterhalb des Recurrensabgangs derartig comprimire dass die Herzfasern bis zur Lähmung, die Lungenfasern nur bis zur Reizung gedrückt würden.

---

9) Dr. **Zunker**. Klinischer Beitrag zu den Neurosen des Herzens.

(Berl. kl. Wochenschr. 1877 Nro. 48.)

Mitten aus einer ruhigen Herzaction heraus stellt sich bei einem 22jährigen Patienten mit Insufficienz der Aortenklappen, die durch Ueberanstrengung plötzlich erworben ward, oft bei geringen Muskelanstrengungen, nach kurz vorauf gegangener Arythmie, eine enorme Beschleunigung derselben ein, die bis zu 220 regelmässigen Schlägen in der Minute, oft wenige Minuten, Stunden, bisweilen mehrere Tage hindurch anhält. Zu Beginn des Anfalls wird meistentheils, eine sehr weite, träg reagirende Pupille beobachtet, ein starkes Erblassen des Gesichtes nach schnell vorübergehender Rö-

thung constatirt. Diesen Symptomen erster Reihe schlössen sich secundär an die Cyanose, das Lungenoedem — wurde nach Traube mit Plumb. acet. behandelt, $1/2$ stündlich 0,06, und war nach Verbrauch von 2,04 verschwunden — die profusen Diarrhöen, die Urinverminderung, die während des Anfalls auftretende Erweiterung der Herzgrenzen durch Dilatation des cor. Sämmtliche Paroxysmen enden unter dem Ausbruche eines starken Schweisses, Verengerung der Pupillen, zum Theil durch plötzliche Wechsel in der Schlagfrequenz oder durch allmäliges Absinken von der Höhe der Thätigkeit, und mit dem Eintritt der verlangsamten Herzaction schwinden alle Folgeerscheinungen, reducirt sich die Herzdämpfung.

Die Anfälle können hervorgerufen werden durch Percussion des Herzens, also durch mechanische Erregung des Herzens, da die durch die Percussion gesetzte Erschütterung des Brustkorbes sich zweifellos auf das Herz fortpflanzt. Trotz ausreichender Gründe die Erscheinung durch Lähmung des Hemmungs-Centrum zu erklären, neigt Verf. doch zu der Ansicht, dass der Affection eine Erregung der die Herzthätigkeit beschleunigenden Centren im Herzen selbst zu Grunde liegt, und zwar schliesst er das ausser aus einigen physiologischen Gründen gerade aus der erwähnten Möglichkeit, die Anfälle durch percutorische Reizung des Herzens hervorzurufen. Bei mangelhafter Ernährung führt Pat. ein Leben das fortwährend gesteigerte Ansprüche an seine Körperkräfte, also auch an sein Herz stellt, und als Folge dieser beiden Momente hat sich nicht eine Compensationsstörung wie gewöhnlich, sondern eine in Paroxysmen auftretende Beschleunigung der Herzaction herausgebildet, für die, da nach v. Bezold's Versuchen die Steigerung des Blutdruckes auf die Herzwand Vermehrung der Pulzschläge auszulösen im Stande ist, nur die Erklärung gefunden werden kann, dass bei bestehender gesteigerter Erregbarkeit der Herzganglien jede Reizung derselben, jede Steigerung des dauernd erhöhten Druckes, und sei sie auch nur durch die Muskelanstrengung beim Aufrichten, bei Lagewechsel bedingt, genügt, um das Uebermaass von Spannkraft in den centralen nervösen Apparaten des Herzens auszulösen.

---

10) Dr. **Schäfer** (Schweizerhof). Ueber die aneurysmatische Erweiterung der Carotis interna an ihrem Ursprung.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXXIV. 4. 1877.)

Entgegen der Ansicht Ludwig Meyer's und nach ihm vieler Anderer, dass die Carotis interna an ihrer Abgangsstelle von der Communis characteristische Erkrankungen (Verdickungen oder Verdünnungen der Arterienwand, partielle Erweiterungen etc.) bei Geisteskranken zeige, beweist Schäfer, dass der Anfangstheil der C. interna immer bulbär sei. Wie die Kölliker'sche Anschauung über die Entwicklung der primitiven Gefässanlagen lehrt, behält die Carotis interna, abstammend aus dem 3. Aortenbogen, einen gewissen Theil ihrer angebornen Selbstständigkeit bei. Messungen an Kinderleichen haben die Erweiterung des Rohres der C.

interna bis auf $2^1/_2$ Mm. Differenz ergeben. Die Intima ist gewöhnlich hyperplastisch geworden und zwar durch einen Process der der Entarteriitis sehr ähnlich ist. Nur hierdurch ist diese Stelle, die einem so starken Blutdruck Widerstand zu leisten hat zu ihrer Rolle befähigt. Die Leichen zeigen hier nicht selten weitgediehene Formen atheromatöser Entartung, ohne dass diese jemals Krankheitserscheinungen hervorgerufen haben. Die höchste Erweiterung die Schäfer fand, war das Zweiundeinhalbfache des Umfangs der engsten Stelle. Die C. com. der rechten Seite ist in der Regel etwas weiter, während bei der C. interna dies links der Fall ist. Die überwiegende functionelle Bedeutung der linken Hemisphäre und die daraus entstehende „Rechtshändigkeit" verdankt bekanntlich diesem Umstande seine Bedeutung. Zum Schluss erinnert Verfasser an die Warnung Esmarch's, wie sehr man sich bei Untersuchungen grosser Aneurysmen der Carotis vor Loslösung von Gerinnseln zu hüten habe. Dr. v. d. Marck (Bendorf).

---

11) **Vogel,** (Dorpat). Hirnerweichung und Arteriensyphilis.

(Deutsch. Arch. f. Klin. Med. XX, H. 1 u. 2.)

Ein Arzt, 57 Jahre alt, der sich vor vielen Jahren bei einer Section syphilitisch inficirt hatte und seitdem an phlegmonöser Entzündung des betreffenden Armes, Psoriasis und dauernden Kopfschmerzen litt, der ein Kind kurz nach der Geburt an Pemphigus verlor, wird nach sehr heftigen Kopfschmerzen aphasisch und agraphisch. Hierzu gesellte sich allmälig Abnahme der Sensibilität, sowie Schwäche der rechten oberen und unteren Extremität, der Gang wurde unsicher, und die gewöhnlichen Handtirungen konnten nicht mehr ausgeführt werden. Puls bis auf 60 reducirt. Keine Temperatursteigerung trotz einer Dämpfung l. h. o. Schliesslich Decubitus am Kreuzbein, geistige Verwirrung, vollständige Sprachlosigkeit. Zu dieser Zeit der Somnolenz fortwährende Neigung die Hände an die Genitalien zu halten. Therapie war auffallenderweise nicht antisyphilitisch. Tod nach $2^1/_2$ monatl. Kranksein. Section: Dura in reichlicher Ausdehnung mit dem Schädeldach verwachsen, Pia oedematös verdickt, an vielen Stellen ist die Rinde oberflächlich erweicht, links mehr wie rechts. Basis normal. Die linke Carotis ist stark verdickt, erscheint kreisrund und hat nur ein ganz geringes Lumen. Derselbe — den Angaben Heubner's also vollkommen entsprechende — Befund (meist seitenständige Lumina) findet sich auch an der Art. corp. call., foss. Sylvii und cerebral. post. linkerseits.

---

12) Dr. **Pooley** (New-York). Rechtsseitige binoculare Hemiopie bedingt durch ein Gumma im linken hinteren Gehirnlappen.

(Knapps Archiv für Augen- und Ohrenheilkunde. VI. I. S. 27)

Patient, 55 Jahr alt, hat vor 30 Jahren an einer leichten syphilitischen Affection gelitten, ohne weitere Erscheinungen darzubieten; war verheirathet und hatte zwei gesunde Kinder. Er erkrankte plötzlich an epileptiformen Convulsionen und maniakalischen

Anfällen; diese wiederholten sich im Laufe einiger Wochen noch einmal. Es blieb geringes, nächtlich exacerbirendes Stirnkopfweh, zeitiges Schwindlichkeitsgefühl zurück; er hatte zeitweises Erbrechen, starke Geschlechtslust und sprach verworren und unzusammenhängend. Kein Doppeltsehen war vorhanden, die Augen myopisch, die Sehschärfe und das Gesichtsfeld normal. Diagnose: Syphilis cerebri. Therapie: Jod- und Bromkalium.

Nach wenig Tagen konnte plötzlich eine rechtsseitige Hemiopie beider Augen constatirt werden, die in kurzer Zeit wieder vollständig zurücktrat; nach $1\frac{1}{2}$ Monaten indess mit einer auftretenden Parese der ganzen rechten Seite und verminderten Sensibilität des rechten Armes unverändert bestehen blieb. Langsame Abnahme des Gedächtnisses und der allgemeinen Körperkräfte. Nach $5\frac{1}{2}$ Monat stärker auftretende Schwindelanfälle mit Bewusstlosigkeit. Hemiplegie und Aphasie beträchtlich ausgesprochen. Erst 4 Wochen später Abnahme der Sehschärfe des linken Augs auf $^{20}/_{50}$, es wurde Stauungspapille constatirt, der nach 8 Tagen der exitus letalis unter tonischen Krämpfen im Coma folgte. — Die Section ergab ein ächtes Gumma im hintern Lappen der linken Hemisphäre; durch die dura und pia fest mit dem Schädeldach verwachsen, von 1,6 Cm. Durchmesser und 0,7 Cm. Dicke, in erweichter, bis in den vorderen Hirnlappen reichender Hirnsubstanz eingebettet. Der linke Thalamus opticus und die umgebende Hirnsubstanz war ganz erweicht, das Chiasma und die Trunci optici normal. Die Leber zeigte specifische Narbenflecken.

Dr. Nieden (Bochum).

---

13) **Charcot.** Ein Fall von Glossolaryngealparalyse mit Sectionsbericht.

(Klin. Vortr. von Charcot, übers. von Fetzer. II. Abth. 4. Theil.)

Die Patientin trat in ihrem 68. Lebensjahre in die Behandlung der Salpetrière ein. Ein Jahr zuvor war Behinderung im Sprechen eingetreten. Dann kamen Deglutitionsbeschwerden wobei die Inspiration sehr häufig ähnlich wie bei Keuchhusten oder Glottisoedem erschwert war; beim Essen regurgitirten die Speisen oft durch die Nase. Sechs Monate nach ihrer Aufnahme Verschlimmerung der genannten Erscheinungen, namentlich wurde die Sprache fast unverständlich. Gleichzeitig Schwäche im linken Arm. An den Zungenrändern fibrilläre Zuckungen; die Bewegungen derselben alle frei, nur kann sie nicht nach oben gehoben, nicht an den Gaumen gelegt werden. Der Mund kann nicht gespitzt werden, blasen ist möglich. Zäpfchen und Gaumen in Ordnung. Ansammlung von zähem dickem Speichel im Munde, der zeitweise abfliesst. Die Schultermuskeln sind links erheblich abgemagert, weniger die der rechten oberen und beider unteren Extremitäten. Fibr. Zuckungen spontan und nach Berührung treten in den verschiedensten Muskeln auf. Keine Sehstörungen; Pupillen gleich weit. Sensibilität in Ordnung. Urin enthält weder Zucker noch Eiweiss. Schliesslich war Schlucken absolut unmöglich; Zwerchfelllähmung; Puls bis 150 beschleunigt, keine Temperatursteigerung, heftigste Dyspnoe. Tod ohne Agonie.

Section: Grosshirn, Pons und Med. obl. zeigen normale Verhältnisse. Die Arterien der Basis kaum atheromatös entartet. Die mikrosc. Unter-

suchung der frischen Praep. ergibt z. B. an den Wurzelfassern des Hypoglossus die Persistenz der Axencylinder, leere collabirte Nervenröhrchen nicht vorhanden, an einzelnen Fassern des Hypoglossus, Accessorius und Vagus feine spärliche Granulationen, dies besonders am Laryngeus inferior. Phrenicus und Cervicaltheil des Sympathicus durchaus normal. Exploration der Chromsäurepraeparate mit Carminfärbung. a) Lendenanschwellung: Weisse Stränge normal; Graue Substanz erkrankt und zwar die Nervenzellen der Vorderhörner; die Neurolgia auch hier normal. Die noch gesunden Zellen machen ungefähr ein schwaches Dritttheil aus, und sind erkenntlich an ihren langen, zarten Ausläufern und deutlich sichtbarem Kern und Kernkörperchen. An den erkrankten Zellen wird zunächst eine Gestaltveränderung beobachtet, die Zelle ist kleiner, und hat das Bestreben ihre eckigen Contouren zu verlieren und eine kugelige Gestalt anzunehmen; die Ausläufer sind kurz, welck, theilweise verschwunden; in derselben findet sich eine Anhäufung von Pigmentkörnchen, welche die Carminfärbung nicht annehmen, sondern die gelbe Chromsäurefarbe behalten, während der übrige Theil der Zelle, wo keine Pigmentkörner liegen Carminfärbung zeigt. Kern und Kernkörperchen roth, aber undeutlich. Bei weiterer Entwicklung dieses Processes werden alle Ausläufer vermisst, Kern und Kernkörperchen sind verschwunden, die ganze Zelle auf ein Häufchen gelber Körner reducirt; einzelne wenige enthalten noch einen Nucleolus der dann noch Carminfärbung zeigt. Als Endstadium der Affection findet sich schliesslich an Stellen früherer Zellen zerfallene gelbe Körnchenhaufen. Diese Erkrankung der Zellen ist nicht auf einzelne Gruppen beschränkt, sondern gleichmässig über die ganze Vorderhörner vertheilt. In den Hinterhörnern keine Spur von Degeneration. b) Dorsal- und Cervicaltheil. Genau dieselben Ergebnisse, in der Cervicalanschwellung noch markirter. Die Zellen der Columna reticul. ebenso erkrankt. c) Bulbärregion, 1) Querschnitt unmittelbar unter der Spitze des Calamus scriptorius: Etwa zwei Drittel der Nervenzellen des Ursprungskernes des Hypoglossus zeigt dieselben Pigmenenartung; die Gefässe vielleicht etwas voluminöser, Neurolgia normal. Die Ursprungszellen des Accessorius in der Mehrzahl normal, doch zeigen schon, bes. in der äusseren Region des Kernes einige Zellen die beginnende Degeneration. 2) Querschnitt durch den mittleren Theil der Oliven: Die Zellen der Olivenwindungen zeigen keine nachweisbaren Veränderungen. Die demKern des Hypoglossus entsprechenden Zellen grösstentheils erkrankt. Ursprungszellen des Vagus nicht so intensiv verändert. Die Zellen des Facialiskernes zwischen Hypoglossus- und Vaguskern (Lockhardt Clarke) sind merklich verkleinert und an Anzahl verringert, zeigen aber nicht die Pigmentdegneration. In einem etwas höher angelegten Schnitt zeigen sich die Ursprungszellen des Glossopharyngeus nicht merklich verändert. 3) Querschnitt in der Höhe des obersten Theiles der Oliven. An diesem Schnitt, welcher die Kerne des Facialis, Oculomotorius und nach Stilling des Trigeminus (sens Port.) enthält, erkennt man, dass eine grosse Anzahl der Zellen des Funiculus teres und ein kleiner Theil der Trigeminuszellen alle Zeichen der Pigmentdegeneration darbietet.

Die Muskeln der Zunge, des Kehlkopfes, des Ober-, Vorderarms, der Hand und der Unterextremitäten zeigten alle eine grosse Menge von Primitivfasern, welche die Querstreifung verloren hatten und sowohl die Zeichen der fettig-körnigen Degenerationen als der Wucherung der Sarcolemmakerne in höherem oder geringerem Grade darboten. Ueberall finden sich neben kranken noch gesunde Fasern.

Charcot nimmt an, dass der krankhafte Prozess primär in den Zellen entstanden, nicht sich ihnen aus der Periphie mitgetheilt habe; er schliesst dies aus dem vollständig normalen Verhalten des Reticulum, welches die kranken Zellen auf allen Seiten umgiebt, und das nur etwas mehr transparent erscheine durch das Verschwinden eines grossen Theiles der Zellenausläufer. Weder im R. M. noch im verlängerten M. finden sich Heerde von körnigem Zerfall, nirgend eineSpurvon fibrillärer Metamorphose oder Myelocytenwucherung. Ein Entzündungsprocess oder ein einfacher Zerfallsvorgang im Bindegewebe der grauen Substanz, von wo er auf die Zellen übergegangen sei, kann dessbalb nicht angenommen werden. Auffallend sind die trophischen Störungen der Muskeln in Rücksicht auf die Veränderungen im Nervensystem. Die Veränderungen der Primitivbündel stimmen zwar überein mit denen einer gewöhnlichen progress. Muskelatrophie, es kann aber eine solche hier doch wohl nicht angenommen werden. Einmal beschränken sich diese im vorliegendem Falle nicht auf einzelne Muskeln oder Muskelgruppen, finden sich vielmehr überall verbreitet, wobei neben kranken immer noch intacte Fasern vorkommen, dann sind es im Gegensatze zu dem gewöhnlichen Verhalten gerade die Extremitätenmuskeln, in specie die der Daumen- und Kleinfingerballen und des Vorderarms, welche relativ am Wenigsten gelitten haben. Dagegen waren die Veränderungen verhältnissmässig intensiv am Deltoides, Trapezius (links) an den verschiedenen Kehlkopfmuskeln und an der Zunge, und erst die Section liess diese Ausbreitung der Muskelaffection erkennen, die während des Lebens in solchem Umfange nicht constatirt werden konnte, d. h. die degenerirten und atrophischen Muskeln hatten noch ziemlich normales Aussehen behalten. Ohne die merkliche Atrophie der linken Schultermuskulatur und ohne die fibrillären Zuckungen wäre wahrscheinlich die ganze Muskelerkrankung intra vitam unerkannt geblieben. Trotz mancher, vom Verf. gewürdigter Schwierigkeiten, hält er doch eine Fortpflanzung des in den Nervenzellen der Vorderhörner etc. primär entstandenen Processes auf dem Wege der Bulbär- und R.-Marksnerven bis in die Muskeln als das Wahrscheinlichste.

---

14) Dr. **J. Hutchinson** (London). Neuritis und Amaurose auf der Basis intracranieller Erkrankung.

(Ophth. Hospital Reports. IX. II, Dez. 1877.)

1) Die N e u r i t i s o p t i c a bedingt durch H i r n t u m o r, tritt auf unter heftigen Kopfschmerzen, unter dem Bilde der Stauungspapille, die zu Atrophie der Sehnerven und dadurch bedingten Amaurose führt. Erweiterung der Pupillen, Convulsionen, Lähmungen anderer Orbitalnerven und Hemiplegie sind die characteristischen Symptome. Differentialdiagnostisch gegen Meningitis tuberculosa ist das allmäligere Auftreten der Symptome, geringere Störung der allgemeinen Constitution und der langsamere Verlauf, während die Machtlosigkeit der gegen sie angewendeten Therapie sie leicht von den Fällen syphilitischer Encephalomeningitis unterscheiden lässt.

2) Bei Neuritis optica als Folge tertiärer Cerebralsyphilis unterscheidet H. 4 verschiedene Classen: a. wo die Affection der Arterienwandung zur Hirnthrombose führt; b. wo Gummata der Meningen vorhanden sind; c. wo es sich um solche, oder nekrotische Processe der Schädelknochen handelt; d. wo locale degenerative Processe in der Substanz sich etablirt haben, oder eine wandernde Form primärer Neuritis vorhanden ist. Amaurose wird am meisten von diesen Formen cranieller und intracranieller Syphilis bei dem Vorkommen von Gumma der Meningen beobachtet.

3) Die gewöhnlichste Ursache der Neuritis optica bei Hirnstörungen bei Kindern ist die Meningitis tuberculosa; doch ist der Process nur in den seltensten Fällen nicht ein derartig constitutionell eingreifender, dass die Kinder sich von den ersten Anfällen erholen und es zum Ablauf des entzündlichen Processes im Sehnerven, zu Atrophie und Amaurose kommt. Möglich, dass es sich hier mehr nur um eine Erkrankung der Hirnhäute handelt. Zuweilen folgt dann dieser anfänglichen Genesung ein Rückfall der cerebralen Symptome und der Tod.

Dr. Nieden (Bochum).

---

15) **C. Fürstner.** Ueber eine eigenthümliche Sehstörung bei Paralytikern.

(Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. VIII. Bd., I. Heft S. 162—177).

Im Verlaufe der progressiven Paralyse kommen ausser den bekannten durch Degeneration der Nn. optici bedingten Störungen des Sehvermögens (Amblyopie und Amaurose) noch anderweitige Anomalien des Gesichtssinnes vor, die von keinem Augenspiegelbefund begleitet sind. In mehreren Fällen fanden sich dieselben stets einseitig und zwar vorwiegend auf der rechten Seite, die gleichzeitig der Sitz schwacher motorischer Störungen war. Die in Rede stehende Sehstörung ist dadurch characterisirt, dass der Sehapparat zwar noch für grobe Verrichtungen ausreicht, nicht aber für feinere complicirte Leistungen. Die Kranken sind nicht im Stande vorgehaltene Gegenstände sicher zu ergreifen, zweckmässig zu schreiben (sie malen einen Buchstaben in den anderen hinein, fangen an unzweckmässigen Stellen an, kommen auf das Holz der Tafel), die Zeilen zu zählen etc. Von der gewöhnlichen Amblyopie u. Amaurose unterscheidet sich diese Sehstörung ferner dadurch, dass sie remittiren, ja sogar völlig verschwinden kann. Zweimal fanden sich nun erhebliche Veränderungen der Rinde und der angrenzenden weissen Schicht *am Hinterlappen der gekreuzten Hemisphäre*; in zwei weiteren Fällen dagegen war zwar keine Abnormität am Scheitel- und Hinterhauptlappen vorhanden, dafür aber wurden anatomische Befunde constatirt, die eine intensive Erkrankung der gekreuzten Hemisphäre anzeigten. Erst zahlreichere Beobachtungen werden uns darüber belehren können, ob die nachgewiesenen anatomischen Veränderungen mit der klinisch eruirbaren Sehstörung in sichere Verbindung gebracht werden darf. Die bekannten experimentellen Untersuchungen von Hitzig und neuerdings von Munk führen in der That den Nachweis, dass bei Hunden nach Rindenverletzungen in *den*

*Hinterlappen* gekreuzte Sehstörung auftritt. Jedenfalls liefern die interessanten Beobachtungen von Fürstner *den sichern Nachweis*, dass bei Paralyse Sehstörungen constatirt werden können, die nicht auf einer Erkrankung *der Sehnerven* beruhen, sondern durch pathologische Veränderungen in den centralwärts gelegenen Ausbreitungen des Sehnerven bedingt scheinen.

Dr. O. Berger, (Breslau).

---

16) Dr. **J. L. A. Koch:** Vom Bewusstsein in Zuständen sogenannter Bewusstlosigkeit.

(Vortrag, geh. in der psychiatr. Section der 50. Naturforschervers. zu München. Stuttgart bei Ferd. Enke.)

In Folge seiner Auffassung vom „Bewusstsein,“ nach welcher Bewusstseinsenergie und Bewusstseinsinhalt auseinanderzuhalten sind, kommt Verf. zu der Annahme, dass zwar wirkliche Bewusstlosigkeit existirt und darin bestehen kann, dass gar keine Processe im Gehirne vor sich gehen, welche in das Bewusstsein fallen, oder dass solche Processe sich entwickeln, aber aus irgend welchen Gründen nicht in's Bewusstsein fallen — dass aber in manchen Fällen, in denen man von Bewusstlosigkeit spricht, dennoch nicht ein völliges Fehlen des Bewusstseins statt hat. Als Abnormitäten in den Zuständen sogenannter Bewusstlosigkeit betrachtet Verf. das Zurücktreten und Fehlen einer psychischen Thätigkeit, die er Unterscheidung oder Besonnenheit nennt, jene auf dem sensitiven und dem Gebiete der Vorstellungen, diese auf dem motorischen Gebiete. Als Beispiel des Eintretens einer solchen Unterscheidung und Besonnenheit wird jener häufig eintretende Uebergang vom träumenden in den wachen Zustand hingestellt. Während einzelne Traumvorstellungen noch fortdauern, ist man schon im Stande, sich zu sagen, dass man ja nur träume und den Traum als solchen erkenne.

Dr. Goldstein (Aachen).

---

17) Prof. **Cesare Lombroso**. *Sulla medicina legale del cadavere*, secondo gli ùltimi studi di Germania ed Italia.

(Tecnica-Identità, Fisiologia del cadavere, Legislatione.)
(Torino, Fratelli Bocca 1877, 8⁰ 200.)

Der auf dem Gebiete der Psychiatrie erfahrene, in der gerichtl. Medicin hingegen wenigstens in Deutschland, wenig bekannte Verf. lässt seiner im vorigen Jahre erschienenen, recht schönen Schrift „L'uomo delinquente“ eine Abhandlung über forense Thanatologie folgen, in welcher er das bescheidene Verdienst für sich in Anspruch nimmt, die Fortschritte nachzuweisen, welche die Wissenschaft auf diesem Gebiete in jüngster Zeit sowohl in Deutschland als in Italien aufzuweisen hat. Als Bahnbrecher in Deutschland bezeichnet er neben Virchow, Hofmann, Casper-Liman, sonderbarerweise auch Kuhne (Kühne in Heidelberg nämlich), unter den Italienern neben den bekannteren Namen von Crechio, Bellini, Tamassia auch solche, deren Klang ein minder voller ist. Trotz dem bescheidenen Auftreten des Verf. erwarteten wir, in seiner Schrift doch mehr zu finden, als sie thatsächlich enthält.

Die zwei besten Abschnitte sind unstreitig jene über das Verfahren bei gerichtlichen Obductionen (p. 1—56) und über Leichenerscheinungen (p. 100—147). Die erste ist ein treuer Auszug aus Virchows Sectionstechnik (Berlin 1876, ins Italienische übersetzt von Raseri), dem im Anhange (p. 165—189) zwei Obductionsberichte in wortgetreuer Uebersetzung aus der Virchow'schen Schrift folgen; der Abschnitt über Leichenerscheinungen hingegen folgt Schritt auf Schritt der gleichnamigen Hofmann'schen Arbeit, ungefähr in der Weise wie dies neulich Mittenzweig in seinem „Leitfaden f. gerichtl. Obductionen Berlin 1878" gethan. Die ausgezeichnete Arbeit des Wiener Professors wusste Lombroso blos durch eine einzige, fremde Entdeckung zu bereichern, und zwar durch die sog. Optographie — (und daher figurirt eben Kühne unter den Anatomen und Gerichtsärzten) — welche er sonderbarerweise als ein „fenomeno per la medicina legale importantissimo" betrachtet. Soviel uns bekannt, hat lediglich der Entdecker des Sehpurpurs (Boll, Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1877, Nro. 13) darauf hingewiesen, dass das Verschwinden des Purpurs nach dem Absterben in der gerichtl. Medicin zur Constatirung des Todes verwerthet werden könnte, allein weder er, noch viel weniger Lombroso geben die Mittel an, welcher der Arzt bei Umsetzung dieses theoret. Satzes in die Praxis sich zu bedienen hätte. Handelt es sich um eine einfache ophthalmoskopische Untersuchung, so hätten wir selbstverständlich gegen dieselbe nichts einzuwenden, allein dann ist die Sache gar nicht neu; sollten jedoch die Versuche Kühne's, Schenks und Adlers, auf welche Lombroso ausschliesslich hinweist, verwerthet werden, so müsste zuvörderst einem Menschen, dessen Tod zweifelhaft ist, der somit noch leben kann, ein Auge exstirpirt werden, abgesehen davon, dass jedem Todtenbeschauer ophthalmolog. Kenntnisse und physiol. Experimente geläufig sein müssten, um den Versuch regelrecht ausführen zu können. Das hiesse fürwahr grobes Belagerungsgeschütz aufführen, wo die erste beste Nadel (zur Durchstechung der Cornea) vollkommen genügt, wenn ausnahmsweise die Constatirung des Todes schwierig sein sollte.

Wo aber der Verf. nicht einem auserwählten Gewährsmann folgt, sondern eine Compilation aus mehreren Arbeiten zu geben versucht, da geräth er erst recht ins Schwanken, wie in dem die vielverheissende Aufschrift „Tecnica microscopica" führenden, eigentlich blos über Untersuchung von Blut- und Samenflecken handelnden Abschnitte (p. 56—66) ersichtlich ist. Hier präsentirt Verf. Altes und Neues, Verlässliches und Zweifelhaftes ohne Auswahl und Kritik, so z. B. die chemischen Blutproben neben den mikrochemischen und spectralanalytischen, die Carmintinction zweifelhafter Samenflecke nach Longuet u. s. w.

In dem Abschnitte über Nachweis der Identität (p. 66—99) finden wir recht interessante Bemerkungen über Tatuirung; nur Schade, dass wir dieselben weit ausführlicher in seinem vorjährigen Werke „L'uomo delinquente" bereits gelesen haben. Manche Angaben des Verf., wie z. B., dass die icterische Hautfarbe gewöhnlich bei Individuen vorkömmt, welche an Kopfverletzungen zu Grunde

gingen, oder dass Verfärbung und Runzelung der Haut, sowie Vorhandensein von Sand und Gries unter den Nägeln auf Ertrinkungstod hinweisen, — können wir als unbegründet nicht acceptiren.

Der Abschnitt über Leichengifte (p. 149—163) hat einen mehr historischen Werth; jener über „Legislazione italiana“ (p. 191—197) enthält blos einige, auf Exhumation, Kirchhöfe u. s. w. Bezug habende gesetzl. Bestimmungen der italien. Strafprocessordnung und des Sanitätsreglements.

Wenn wir somit nachgewiesen zu haben glauben, dass dem neuesten Werke des sonst rühmlich bekannten Verf. ein grösserer wissenschaftlicher Werth nicht zuerkannt werden kann, so wäre dessen ungeachtet das Bestreben Lombroso's, seine Landsleute mit den neueren deutschen Arbeiten bekannt zu machen, nur lobenswerth, — wenn er nicht durch unverzeihliche Verunstaltung sowohl der Namen der deutschen Autoren, als der Titelangabe und der Zeitschriften, in denen ihre Arbeiten enthalten sind, eben diesen seinen Landsleuten jedes Quellenstudium im Vorhinein unmöglich gemacht hätte. Wer soll beispielsweise in Namen, wie Hischl, Eppingel, Gwosedow, Uppert, Schlimmert, Mascka, Drasch, Schurtze, Koth u. s. w. jene von Heschl, Eppinger, Gwosdew, Huppert, Schlemmer, Maschka, Drasche, Curtze, Roth wiedererkennen? und irren wir nicht, so verbirgt sich gar unter dem räthselhaften Namen „Kok“ jener von Kotelewski! (p. 103.) Welcher Italiener soll in der Angabe „Viertel, I. f. Ger. Med.“ die dadurch gemeinte Vierteljahrschrift, oder in den Worten „die Forens. wicht. 1877“ die Aufschrift von Hofmanns, vom Verf. stark benutzter Arbeit ausfindig machen, besonders, da er an anderer Stelle (p. 103) diese Arbeit in dem Centralblatt 1847 (!) suchen heisst. Fürwahr hätte Lombroso beabsichtigt, seinen Landsleuten statt der Quellen, aus denen er geschöpft, Fata morgana vorzuführen, er hätte seinen Zweck vollkommen erreicht. Und doch hätte er in der Art, wie Fränkel seine „Beiträge zur Psychiatrie“ ins deutsche übertragen hat, lernen sollen, wie gewissenhaft man mit fremdem Eigenthum umgehen soll. Prof. Blumenstock (Krakau).

---

## Kleinere Mittheilungen.

1. Prof. Striker (Wien) hielt in der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 2. und 9. November 1877 Vorträge, in denen er, gestützt auf erneute Experimente, seine Aussage: „Die hinteren Rückenmarkswurzeln des 4. u. 5. Lendenpaares geben dem Ischiadicus Vasodilatatoren.“ aufrecht erhält. —

2. Dr. Julius Schreiber (Königsberg) berichtet über einen Fall von Neuralgia occipitalis intermittens quotidiana duplex mit vasomotorischen Erscheinungen bei einem 49 jährigen Maschinenarbeiter. Die letzteren bestanden in: Röthung der Conjunctivae, vermehrte Thränensecretion, vermehrte Secretion der Nasenschleimhaut und Nieren. Bei den be-

kannten Beziehungen zwischen Occipitalis und Trigeminus — mit und ohne Vermittlung sympathischer Fäden — hat der Fall eigentlich nicht das Auffallende, was Verf. ihm beilegt. Heilung durch Chinin.

(Berl. kl. Woch. 1877 50.)

3. Leyden (Berlin) theilt in seinem Vortrage „über experimentell erzeugte Rückenmarkssclerose u. die Ausgänge der acuten Myelitis" (Berl. kl. Woch. 1872. 49) nebenbei den ausserordentlich wichtigen Befund einer syphilitischen Myelitis mit. Bei einer notorisch syphilitisch gewesenen Puella publica fand sich im linken Seitenstrange eine sehr derbe, fast narbige Stelle, welche ein obliterites und mit Pigmentgranulationen bedecktes Gefäss (obliterirende Arteritis Heubner) einschloss. Vermuthlich ist dies der erste sicher constatirte Fall von Rückenmarkssyphilis, der einer eingehenderen Beschreibung würdig wäre.

4. Aus einer sehr langen Arbeit von Arndt: „Zur Electrotherapie der psychischen Krankheiten" lässt sich folgendes Resultat ziehen:
   a) für ausnahmslos alle Fälle von Stupor ist der faradische Strom indicirt;
   b) für Fälle, die mit Reizzuständen im Circulations- und Respirationssystem einhergehen, also für die meisten Anfangsstadien der Psychosen der galvanische Strom, und zwar der absteigende;
   c) für die Ausgangsstadien, namentlich wenn Erlahmung im Gefässsystems vorhanden ist, der aufsteigende Strom.

„Uebrigens hat man, wie überall, so auch hier, auf das Iuvans und Nocens zu achten und danach seine Maassregeln zu treffen oder zu modificiren. Wenn man das aber thut, und die Bedingungen sonst dazu vorhanden sind, so wird der günstige Erfolg auch nicht ausbleiben —:" Wirklich? Wenn nun die sonstigen Bedingungen nicht vorhanden sind?

5. Die von Hammond als besondere Krankheitsform aufgestellte „Athetose" wird von Charcot und Bourneville als solche nicht anerkannt, vielmehr erklären diese beiden französischen Autoren die Athetose als eine Varietät der posthemiplegischen Chorea. (Charcot, klin. Vortr. II. Abth. 4. Theil.)

6. Prof. Schott (Innsbruck) fand bei der Section einer an chronischer Hepatitis gestorbenen 55 Jahre alten Patientin im Verlaufe beider Sehnerven vom Chiasma bis zum Foramen opticum je eine 6 Mm. lange und 4 Mm. breite, weiche, an ihrer Oberfläche feinhöckerige und stellenweise gefässreiche Geschwulst, die von der Arachnoidalscheide des intracraniellen Opticus-Antheiles ausging und ihrer mikroskopischen Structur nach aus glatten den Endothelien ähnelnden Zellen, sowie aus fertigen und noch in der Entwicklung begriffenen Sandbildungen zusammengesetzt waren. Die Geschwülste reihen sich also den unter dem Namen Psammom oder Endotheliom beschriebenen Neoplasmen an, und hatten während Lebzeiten der Patientin keine Symptome, die auf ihre Existenz hätten schliessen lassen können, dargeboten.

Dr. Nieden (Bochum).

---

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT
für
## Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt
von
**Dr. med. A. ERLENMEYER,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — 1½ Bogen stark.**
Preis des Jahrgangs 6 Mark.
Nur durch die Post zu beziehen. — Insertionspreis auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 3. 1. Jahrgang. 1878.**

I.

### Ueber eine noch nicht beschriebene „Mittelform" der chronischen atrophischen Spinallähmung (Poliomyelitis anterior chronica.)

Vorläufige Mittheilung von Prof. Dr. W. ERB in Heidelberg.

Ein glücklicher Zufall führte mir im Laufe des letzten Jahres nicht weniger als vier Fälle einer, wie ich glaube, spinalen Krankheitsform zu, welche unter sich so grosse Uebereinstimmung zeigen und andrerseits sich so deutlich von den bisher bekannten, im klinischen Systeme zunächst stehenden Krankheitsformen unterscheiden, dass ich nicht anstehe, dieselben vorläufig einmal als eine eigene, klinisch wohl erkennbare Krankheit, oder doch wenigstens als eine bestimmt zu unterscheidende Unterart der — bis jetzt ja noch relativ wenig genau studirten — Poliomyelitis anterior chronica aufzustellen.

Es handelte sich in allen 4 Fällen um eine bei Erwachsenen, theils ohne alle sensiblen Störungen, theils aber auch unter mehr oder weniger heftigen, diffusen oder reissenden und bohrenden, in der Tiefe der Glieder localisirten, manchmal auch von Parästhesien begleiteten Schmerzen, ganz allmälig entstandene und zunehmende Muskelschwäche und Parese, vorwiegend der unteren, theilweise aber auch der oberen Extremitäten. Diese Schwäche entwickelte sich nicht, oder nur in ganz vereinzelten und untergeordneten Muskeln, zu völliger Lähmung.

Wohl aber hat sich in allen Fällen in den afficirten Muskeln eine nicht sehr rapide fortschreitende, die Muskeln diffus ergreifende, jedoch nicht auf alle Muskeln gleichmässig ver-

breitete, Atrophie eingestellt und zwar durchaus ohne das Auftreten fibrillärer Zuckungen.

Dabei blieb in der Regel (nur in einem Fall wurde deutliche Sensibilitätsabstumpfung in den Ulnarisgebieten constatirt)— abgesehen von den erwähnten Schmerzen und Parästhesien — die Sensibilität der Haut und der Muskeln vollkommen normal; die Reflexe blieben erhalten, waren aber nicht gesteigert und nur in einem Falle vermindert; die Hauternährung, die Blasen- und Mastdarmfunction, die Geschlechtsfunction blieben ungestört; ebenso erschienen in allen Fällen die Functionen des Gehirns und der Gehirnnerven normal, mit Ausnahme eines einzigen, in welchem Augenmuskellähmungen von sehr schwankender Intensität die Scene eröffneten und den ganzen Krankheitsverlauf begleiteten, und in welchem schliesslich auch Andeutungen von bulbärer Parese (Schwäche der Stimme, Erschwerung der Sprache und des Schluckens) sich einstellten.

Der Verlauf und die Prognose dieser Krankheitsfälle erwiesen sich als über Erwarten günstig: in zwei Fällen stellte sich sofort mit dem Beginn einer rationellen galvanischen Behandlung eine auffallende Besserung ein, die in dem einen dieser Fälle schon bis zur fast völligen Heilung vorgeschritten ist; in einem 3. Falle, der auf den ersten Blick grosse Aehnlichkeit mit der typischen progressiven Muskelatrophie darbot, wurde deutliche Besserung erzielt und nur im 4. Falle schritt das Leiden sehr langsam weiter und scheint noch nicht bei einem Stillstand angekommen zu sein.

Wie man sieht, erinnert das Krankheitsbild am meisten an das der Poliomyelitis anterior chronica*); und erst durch die eingehende electr. Untersuchung wurde eine, wie mir scheint, erhebliche Verschiedenheit entdeckt: anstatt der zu erwartenden vollständigen Entartungsreaction fand sich in den atrophischen Muskeln nur diejenige Form derselben vor, welche ich seiner Zeit**) als characteristisch für die sog. „Mittelform" rheumatischer Facialislähmungen beschrieben habe: d. h. die faradische und galvanische Erregbarkeit der Nerven erwies sich quantitativ und qualitativ normal oder nur mässig herabgesetzt, die faradische Erregbarkeit der Muskeln ebenso, während diese letzteren bei galvanischer Reizung die ausgebildetste Entartungsreaction (Steigerung der Erregbarkeit; träge, tonische Zuckung; An SZ > Ka SZ; auch gesteig. mechan. Erregbarkeit) zeigten. Besonders auffallend war in allen Fällen, dass in der ganzen Unterschenkelmusculatur, obgleich dieselbe noch kaum atrophisch war und zum Theil sogar kaum subjective oder objective Schwächeerscheinungen darbot, die hochgradigste Entartungsreaction vorhanden war, im prägnantesten Gegensatz zu dem

*) Vgl. mein Handb. der Krankheiten des Rückenmarks. 2. Thl. S. 303.

**) S. Verhandl. der Versamml. südwestd. Psychiater etc. in Heppenheim, 2. Mai 1874. Zeitschr. f. Psych. Band 31. — Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XV. S. 6.

normalen Verhalten der Nervenstämme. Nur in 2 Fällen fand sich in einzelnen besonders hochgradig erkrankten Muskelgebieten die Erregbarkeit der Nervenstämme und die farad. Erregbarkeit der Muskeln ziemlich hochgradig herabgesetzt.

Es characterisiren sich also diese Fälle von atrophischer Lähmung durch das in ausgebreiteter Weise vorhandene Auftreten der sog. „Mittelform" der Entartungsreaction und dürften demgemäss — in Analogie mit der „Mittelform" gewisser peripherischer Lähmungen, als eine „Mittelform" oder leichte Form der chronischen atrophischen Spinallähmung aufzufassen sein.

Die naheliegende Frage, ob es sich hier wirklich um eine spinale Erkrankung und nicht etwa um eine spontane primäre Muskelerkrankung (etwa um eine Myositis chronica diffusa) handelt, hat mich sehr ernstlich beschäftigt; nach reiflicher Erwägung aller Thatsachen jedoch bin ich aus Gründen, welche in der ausführlichen Mittheilung folgen sollen, zu der Ansicht gekommen, dass es sich höchst wahrscheinlich um eine Erkrankung spinalen Ursprungs handelt und erwarte, bei etwaigen Necropsien den Sitz derselben in der vorderen grauen Substanz zu finden.

Diese Krankheitsform hat eine gewisse Aehnlichkeit mit der typischen Form der progressiven Muskelatrophie und eine noch grössere Aehnlichkeit mit der bisher bekannten Poliomyelitis anterior chronica.

Von der ersteren unterscheidet sie sich durch den relativ raschen Entwicklungsgang, das Fehlen der fibrillären Contractionen, das mehr diffuse Befallenwerden grösserer Muskelgebiete, durch den günstigen Verlauf und durch die Ergebnisse der electr. Untersuchung, welche bisher bei der progressiven Muskelatrophie ein so verbreitetes Vorkommen der Entartungsreaction noch nicht constatiren konnte.

Von der chron. Poliomyelitis anterior unterscheiden sich unsere Fälle durch das Fehlen vollständiger Lähmung, das Erhaltenbleiben der Reflexe und durch die Ergebnisse der electr. Untersuchung, die erhaltene Erregbarkeit der motorischen Nerven.

Es ist mir nicht zweifelhaft, dass gelegentlich auch Uebergänge zwischen der neuen Krankheitsform und den beiden genannten Krankheiten vorkommen werden. Bei der unzweifelhaften Verwandtschaft der typischen progressiven Muskelatrophie mit der Poliomyelitis anterior chronica hat die Existenz einer zwischen beiden in der Mitte stehenden Krankheitsform nichts Wunderbares. Jedenfalls aber halte ich die hier beschriebene Form durch die Mittelform der Entartungsreaction und durch den geschilderten Verlauf für so hinreichend characterisirt, dass ich mir erlaube, dieselbe hiermit zur Discussion zu stellen und die Fachgenossen zur Beibringung weiteren casuistischen Materials aufzufordern. Denn nur durch zahlreiche und wohluntersuchte Fälle wird es in Zukunft gelingen, auch auf diesem Gebiete der Rückenmarkspathologie grössere Klarheit zu verbreiten, Zusammengehöriges zu vereinigen, nicht Zusammengehöriges zu sondern.

Heidelberg, 18. Februar 1878.

## II.

## Ueber Menière'schen Schwindel, vertigo ab aure laesa.

Von Primarius Dr. M. SMOLER, Universitätsdocent in Prag.

Literatur: 1) Charcot, Klin. Vortr. II. 4.; 2) Michalsky, Experim. Beiträge zur Frage über die Bedeutung der halbcirkelförmigen Canäle des Ohrlabyrinths. Diss. inaug. Greifswald (Prof. Landois); 3) Ferrier, The West Riding Lunatic-Asylum med. reports Vol. V. pag. 24 ff.; 4) D'Asse, Ein Fall von Geistesstörung nach einer Schussverletzung des Ohres. Inaug. diss. Greifswald (Prof. Arndt.)

Obgleich zahlreiche Arbeiten über diesen Gegenstand längst publicirt sind, ist der in Rede stehende pathologische Zustand den practischen Aerzten noch nicht genügend bekannt. Fälle von Menière'scher Krankheit sind in der Privatpraxis nicht selten, werden aber nahezu immer verkannt, und mit allen möglichen Krankheiten verwechselt, mit apoplectiformer Gehirncongestion oder Schlagfluss mit dem petit mal epileptique, besonders aber mit Magenschwindel. In einzelnen Fällen lässt sich ein solcher Irrthum auch rechtfertigen, dennoch aber tritt der Labyrinthschwindel in der Regel unter einem Complex von Symptomen auf, der characteristisch genug ist, die Krankheit und ihre Grundlage ohne allzu grosse Mühe feststellen zu können.

Zunächst will ich hier einzelne physiologische Daten aus der interessanten Dissertation von Michalsky mittheilen, deren Kenntniss für das richtige Verständniss der in Rede stehenden Krankheit kaum entbehrlich ist. Seitdem Flourens die Frage über die Bedeutung dieser Kanäle aufgeworfen hat, wurde deren Lösung von verschiedenen Physiologen versucht, trotzdem ist der Gegenstand noch immer eine offene Frage. Flourens schloss aus der Aehnlichkeit der Bewegungen nach Durchschneidung der halbcirkelförmigen Kanäle und der nach Verletzung der Kleinhirnschenkel erfolgenden, dass die Nerven der Bogengänge directe Fortsetzungen der Kleinhirnschenkel sind, während Vulpian die Erscheinungen von einer heftigen Erregung des Hörnerven durch starke Schallempfindung ableitete. Goltz findet, dass das Wesentlichste der Erscheinungen auf einem Verlust des Gleichgewichts beruhe und sieht demnach in den Bogengängen eine Vorrichtung zur Erhaltung des Gleichgewichts. Sie seien, so zu sagen, Sinnesorgane für das Gleichgewicht des Kopfes und mittelbar des ganzen Körpers. Um das Gleichgewicht erhalten zu können, müsse das Thier mittelst des Gesichtssinnes, theils auch mit Hilfe der sensiblen Nerven der Haut, der Muskeln und Bänder des Halses und Kopfes von dem jedesmaligen Stande des Kopfes sich unterrichten können. Aus dem verschiedenen Stande der Endolymphe in den Bogengängen und den daraus resultirenden verschiedenen Erregungen der Nervenendigungen in den Ampullen schliesse das Gehirn auf die entsprechende Kopfhaltung zurück, und könne darnach zweckentsprechend die entsprechende Körperhaltung berechnen. Wird durch Zerstörung der Bogengänge die Leitung, somit die Benachrichtigung ungenau, so treten unzweckmässige Bewegungen und Schwindelgefühl auf. Breuer sagt, dass in den Bogengängen bei Drehung des Kopfes Strömungen der Endo-

lymphe auftreten, die in Verbindung stehen mit der Richtung der Kopfbewegung, und dass die Perception der entsprechenden Kopfhaltung von den nervösen Endapparaten der Ampullen vermittelt werde. Bei jeder Verletzung der Bogengänge werden durch Ausresp. Eintritt von Lymphe und Blut in den Bogengängen intensive Strömungen der Endolymphe verursacht und dadurch die bekannten Erscheinungen bedingt. Dass dieselben bei nur einseitigem Eingriff vorübergehend sind, rührt daher, dass die gesunde Seite schnell das Uebergewicht über das falsch percipirende Organ gewinnt und dasselbe corrigirt. Diese Correction fehlt bei beiderseitiger Verletzung und daher fallen die Bewegungen stürmischer aus. Löwenberg fand, dass die nach Verletzung dieser Kanäle auftretenden Bewegungsstörungen lediglich Folge dieser Verletzung sind und nicht von einer Mitverletzung des Kleinhirns abhängen, nur das mitunter beobachtete Erbrechen ist directe Folge einer Hirnverletzung. Die Störungen sind nicht Folge von Lähmung, sondern von Reizung, welche auf reflectorischem Wege krampfhafte Bewegungen ohne Mitbetheiligung des Bewusstseins hervorruft. Letzteres kann aber durch Hervorrufung willkürlicher Bewegungen neue Reizzustände der häutigen Kanäle bedingen. Cyon trennt die Bewegungsstörungen in *Gleichgewichtsstörungen*, als das Ausspreitzen der Beine, die Unmöglichkeit der Thiere auf glattem Boden zu gehen, ferner in *Zwangsbewegungen*, das sind die gleich nach der Operation auftretenden pendelnden Bewegungen, endlich in *consecutive, durch Mitleidenschaft des Hirns* nach längerem Einwirken des primären Eingriffs *bedingte Störungen.* Die Bogengänge stehen mit gewissen räumlichen Vorstellungen in Beziehung, dafür spricht auch die anatomische Lage der Bogengänge entsprechend den 3 Dimensionen des Raumes. Durch Vermittlung der in den häutigen Bogengängen endenden Nervenfasern wird uns fortwährend eine Reihe unbewusster Empfindungen mitgetheilt, welche direct zu unbewussten Schlüssen über die Stellung des Kopfes im Raume führen, ähnlich wie wir uns über die Lage der Gegenstände im Raume orientiren durch eine Reihe unbewusster Muskelempfindungen, welche uns über verschiedene Convergenzgrade unserer Sehaxen unterrichten. Bei Verletzung einer Seite wird das gestörte Gleichgewicht durch die andere compensirt, bei Zerstörung beider dauert es längere Zeit, bis das Thier ein richtiges Urtheil über die Lage seines Kopfes erhält. Die Bogengänge tragen also nur indirect zur Unterstützung des Gleichgewichts bei durch Unterrichtung über die Stellung des Kopfes im Raume. Die Zwangsbewegungen gehen nicht aus dem Unvermögen das Gleichgewicht zu erhalten hervor, sondern werden durch die in Folge der Operation eintretenden Reizzustände bedingt.

Andere Forscher bekämpfen diese Ansicht. Curschmann fand, dass die Muskelkraft auf der verletzten Seite durchaus unverletzt bleibt mit scheinbarer leichter Beeinträchtigung der Coordinationsfähigkeit, so dass das Thier durch die Muskeln der gesunden Seite der kranken Seite zugedrängt wird, und stellt somit diese Neigung, sich nach der verletzten Seite hin zu bewegen als mechanisch be-

dingt hin, ohne etwaigen innern Zwang. Auch nach beiderseitiger Zerstörung der Kanäle bemerkt man in der Ruhe nichts Auffallendes, bei Bewegungen fangen die Thiere an, den Kopf und später auch den Rumpf von einer Seite zur andern zu bewegen. Die Gleichgewichtsstörung wird nicht nur die abnorme Kopfhaltung, sondern lediglich durch die Beeinträchtigung der Coordination in bestimmten Muskelpartien bedingt. Eine Kopfverdrehung ist nicht constant und lediglich durch die Verletzung des Kleinhirns bedingt. Ein völliger Verlust des Gleichgewichts tritt selbst nach der Zerstörung aller häutigen Kanäle nicht ein.

Böttcher ist der Ansicht, dass die Störungen ihren Grund in einer Veränderung der crura cerebelli haben, da sich die Störung, Zerrung ohne Weiteres bis ins Hirn fortsetzen muss und Cyon endlich leitet sie von einer Verletzung der das Kleinhirn durchziehenden Acusticusfasern ab.

Michalsky fasst auf Grund seiner sorgfältigen Experimente die auftretenden Störungen mehr als Reizungs- denn als Lähmungserscheinungen auf, und sah Erbrechen und Reitbahngang nur nach einer gleichzeitigen Verletzung des Kleinhirns eintreten.

Symptome. In erster Reihe ist auf den innigen Zusammenhang zwischen dem plötzlichen Auftreten von Geräuschen im Ohr oder der brusken Steigerung der bereits bestehenden und dem Auftreten von Schwindelgefühlen hinzuweisen, denn es ist eine specifische Eigenthümlichkeit des Menière'schen Schwindels, dass er unbedingt durch Geräusche eingeleitet und von denselben begleitet wird. Klingen, Summen, Pfeifen im Ohr kommt zwar sehr häufig vor und findet sich auch bei andern Schwindelformen, aber bei den Vertigo ab aure laesa erreicht dasselbe mit dem Eintritt des Anfalls eine solche Höhe und tritt so sehr in den Vordergrund, wie bei keinem andern Krankheit. Die Kranken bezeichnen es wie das schrille Geräusch einer Dampfpfeife, als ein Klirren, wie es beim heftigen Schütteln eines Sackes voll Nägeln vorkommt, als ähnlich dem Lärm beim Kleingewehrfeuer oder Abbrennen eines Feuerwerks etc. Das Geräusch tritt nur oder doch vorzugsweise in einem Ohre auf; hört in den leichtern so wie in den frischen Fällen mit dem Eintritt des Schwindels auf, wird aber früher oder später, wenn der Fall schwerer ist, permanent und besteht auch in den Pausen in abgeschwächter Form als ein mehr weniger lästiges Klingen und Brausen fort. Endlich geht das Gehör auf dem afficirten Ohre mehr oder weniger vollständig und permanent zu Grunde. Untersuchung des Gehörorgans lässt nun hier locale Störungen entdecken, entweder eine idiopathische Otitis labyrinthica, oder Entzündung des Mittelohrs mit Ankylose der Gehörknöchelchen und Fortpflanzung des Prozesses auf Vorhof und Labyrinth, oder auch nur einen einfachen Ohrcatarrh. Man darf überhaupt annehmen, dass jeder Druck auf das Trommelfell, welcher durch die Gehörknöchelchen bis auf das Labyrinth fortgeleitet wird, genügt, um den Menière'schen Schwindel hervorzurufen. Dieser selbst bietet auch seine Eigenthümlichkeiten, er kennzeichnet sich in den meisten Fällen durch das Gefühl einer Ortsveränderung des ganzen Körpers,

d. h. einer Vorwärts- oder Rückwärtsbewegung, der Kranke fürchtet nach vorne oder hinten zu fallen. Tritt gleichzeitig noch eine Rotationsempfindung in transversaler Richtung auf, so kommt es zu einem wirklichen Hinstürzen, einem Purzelbaum, einem vollkommnen Luftsprung. Manchmal vollzieht sich die Drehbewegung um die Verticalaxe des Körpers, von rechts nach links und umgekehrt. Bei einzelnen Kranken kann in den verschiedenen Anfällen bald diese, bald jene Drehbewegung eintreten. Es handelt sich im Allgemeinen um rein subjective Bewegungen und Hallucinationen, welche sich für die Aussenwelt bloss durch eine überraschende Bewegung, manchmal auch durch ein blosses krampfhaftes Festhalten der Kranken an einem Gegenstand, durch ein Niedersetzen etc. characterisiren, oder er kommt wirklich zum Falle und der Kranke stürzt mit Ungestüm nieder. Kommen ähnliche Sensationen bei andern Schwindelformen mitunter vor, so sind sie doch nie so stark ausgesprochen, wie hier. Der Kranke bewahrt selbst während der intensivsten Krise absolut das vollständige Bewusstsein seiner Handlungen, und kann, wenn die ersten Wirkungen des Schwindelgefühls vorbei sind, über Alles, was er empfunden hat, genau und detaillirt berichten. Zu den accessorischen Erscheinungen gehört beinahe meistens Uebelkeit und Erbrechen am Ende der Krisis. Erwähnung verdient die Beobachtung von Orne Greene, dass bei milden katarrhalischen Entzündungen des Mittelohrs gastrische Erscheinungen, selbst heftiges Erbrechen*) auftreten, und nur nach Heilung des Ohrenleidens schwinden, weiter das blasse Gesicht der Kranken, die kühle mit Schweiss bedeckte Haut, und mehr weniger lebhafter transitorischer Kopfschmerz. Nie kommt es aber zu einer Behinderung der Sprache, zu Krämpfen im Gesicht oder den Gliedmassen, nie fühlt der Kranke Eingeschlafensein, Ameisenkriechen oder irgend welche Sensationen, die an Aura erinnern könnten, nie kommt es zu einer selbst flüchtigen Parese oder Paralyse. Im Beginn der Krankheit tritt der Schwindel in distincten Anfällen von kurzer Dauer auf, dazwischen liegen absolut freie Intervalle, in denen die Symptome der zu Grunde liegenden Localaffection allein fortbestehen. Beim Fortschreiten der Krankheit rücken die Krisen näher aneinander, so dass es endlich zu einem gewissen permanenten Schwindelzustand kommt, in dem nun mehr minder häufig Paroxysmen hervortreten, in denen alle Erscheinungen der frühern Anfällen wieder erscheinen.

Es kommt in der Regel bei dieser Krankheit nicht zu den schweren Frkrankungen der Nervencentren, welche so oft den verschiedensten Krankheiten des innern Ohres nachfolgen, selbst dann nicht, wenn der Schwindel die höchsten Intensitätsgrade erreicht; dagegen entwickelt sich allmälig zunehmende Taubheit, die bei einer gewissen Höhe der Affection eine vollkommene, absolute wird. Die Schwindelerscheinungen und das Pfeifen halten damit so zu sagen gleichen Schritt, aber in der Weise, dass sie allmälig immer mehr abnehmen und endlich ganz verschwinden. Die Krankheit leistet oft der rationallsten Therapie hartnächigen Widerstand, doch verschwindet

*) Reizung des Ram. auricularis nervi vagi. E.

sie öfter bei entsprechender Behandlung der Localaffection z. B. eines Paukenhöhlencatarrhs. Einmal schwand z. B. der Schwindel vollständig nach Eröffnung eines Mittelohrsabscesses. In schweren Fällen dürfen Revulsiva nicht versäumt werden, und es erwies sich in einem Falle, wo die Untersuchung nichts als einen leichten Grad von Verdickung des Trommelfells ergab, die wiederholte Application kleiner Glüheisen in der Gegend des Warzenfortsatzes sehr heilsam. Endlich versuchte Charcot noch das schwefelsaure Chinin von der Idee ausgehend, dass dieses Mittel, welches neben anderen Erscheinungen mehr minder lautes Sausen und Summen in den Ohren hervorruft, bei einem hinreichend langen Gebrauch von grossen Dosen andauernde Modificationen in der Functionirung der Gehörnerven hervorbringen werde, und der Erfolg war ein günstiger. Man verordnet schwefelsaures Chinin in der Dosis von 0,60—1,00 durch mehrere Tage, und auch Weir Mischell hat sehr günstige Erfolge von diesem Mittel gesehen.

In die Details der sehr interessanten Krankengeschichten einzugehen, verbietet der beschränkte Raum um so mehr, als noch aus der höchst beachtenswerthen Dissertation von D'Asse einige Puncte mitgetheilt werden sollen. In allen Menière'schen Fällen handelte es sich stets um Affectionen beider Ohren, deren Sitz gewöhnlich das Labyrinth war, nur in Ausnahmsfällen das Mittelohr. Der Fall von D'Asse ist aber besonders darum sehr beachtenswerth, weil sich nach einer Schussverletzung eines Ohres Uebelkeiten und Erbrechen einstellten, Summen und Sausen im verletzten Ohre, Schwindel, Schwerhörigkeit mit einer grossen Fmpfindlichkeit gegen einzelne Geräusche, und endlich eine ausgesprochene Psychose mit Angst und Beklemmung, Misstrauen gegen seine Umgebung, Verfolgungswahn, bis endlich eine gewisse Stupidität zurückblieb.

Die Erscheinungen der Menière'sehen Krankheit lassen sich in 2 Symptomengruppen trennen, zu den ersten gehören Kopfschmerz, Schwindel, Ohnmacht, Uebelkeit und Erbrechen, Schwerhörigkeit. Diess sind die leichteren Fälle, die immer plötzlich ohne Vorboten eintreten, oft geradezu unter dem Bilde eines apoplectischen Anfalls. Diesen gewissermaassen leichteren Fällen stehen andere gegenüber, wo sich zu den genannten Erscheinungen noch die zweite Symptomengruppe hinzugesellt, wo der plötzliche Anfall von Störungen des Gleichgewichts, unsicherem Stehen, taumelndem Gange und drehenden Bewegungen begleitet ist. Das erste Symptom bildet gewöhnlich ein heftiger Kopfschmerz, bald im Vorder- oder Hinterhaupt, bald an keine bestimmte Schädelgegend gefesselt. Er wird erklärt durch eine Fortpflanzung der Congestion und der Entzündung vom Gehörorgan auf die Meningen und das Gehirn, oder als Irradiation des Reizungszustandes, die bei jeder Gehirnaffection in den Empfindungsnerven des Gehörapparates besteht. Die letztere Erklärung findet ihre Analogie in jenen Fällen von heftigem Kopfschmerz, welche einzelne Formen gänzlich localisirter Augenentzündungen, z. B. das acute Glaucom begleiten, wo der Kopfschmerz und die anderen Cerebralerscheinungen mitunter so intensiv sind und so in den Vordergrund treten, dass eine Meningitis vorgetäuscht und die

primäre Entzündung des Seh- oder Hörorgans leicht übersehen werden kann. Ein zweites constantes Symptom ist die Blässe des Gesichts und die vorübergehende Ohnmacht; sie sind eine Folge der Hirnanämie, vielleicht bedingt durch Reflexwirkung der innern Nerven des Ohres auf das vasomotorische Centrum. Ein drittes sehr vorwaltendes Symptom ist der Schwindel, er tritt manchmal sehr plötzlich auf und hat Taubheit unmittelbar in seinem Gefolge, manchmal ist er Anfangs sehr mild und vorübergehend, wiederholt sich dann aber häufig und führt allmälig zur Taubheit. Seine Ursachen sind manchmal rein äussere, z. B. ein Fremdkörper, ein Schmalzpfropf, die auf das Trommelfell drücken, oder eine Exsudation in der Paukenhöhle, eine Entzündung im Labyrinth; die Bedingung des Schwindels durch dieselben wird von einer Erhöhung des intraauralen Druckes abgeleitet. Weitere Symptome sind Uebelkeiten und Erbrechen; sind sie nicht die Folge einfacher gastrischen Störungen, so können sie entweder Symptome einer Gehirnkrankheit oder durch Entzündungen des Gehörorgans bedingt sein. Im letzteren Falle sind sie so zu erklären, dass ein Reiz von den Sinnes- oder Empfindungsnerven des Gehörorgans reflectorisch auf das Centrum des N. vagus übertragen wird. Die subjectiven Geräusche sind auf einen Reizzustand des N. acusticus zurückzuführen. Zuletzt ist noch die constante Verminderung der Hörschärfe zu erwähnen, sie kann bedingt sein durch alle möglichen Veränderungen des äussern und mittlern Ohres, welche die Leitung des Schalles bis zum Labyrinth hindern, oder durch Affectionen im Bereiche der Wurzeln und der peripheren Endausbreitung der Gehörnerven. Die Symptome der höheren Grade des Leidens sind für die Labyrinthaffectionen als Ursachen desselben direct characteristisch und sind niedere Grade von Gleichgewichtsstörungen, die wenn im Anfall eintretend, durch Hirnanämie bedingt sind. Sind sie jedoch mit Ohrensausen und Gehörschwäche complicirt und bestehen auch nach dem Anfall längere Zeit fort, so deuten sie auf eine Störung des innern Ohres, speciell auf eine Betheiligung der halbcirkelförmigen Kanäle.

Erwähnung verdient noch die Beobachtung von Cyon, dass bei Thieren nach Durchschneidung der halbcirkelförmigen Kanäle eigenthümliche Augenbewegungen eintreten, die auf beiden Augen einen verschiedenen Character haben. Während nämlich das Auge der gereizten Seite nach rückwärts und unten sich bewegt, wenn man den vorderen verticalen und horizontalen Bogengang reizt, nach vorn und etwas nach oben, wenn man den hintern verticalen Kanal reizt, macht das Auge der andern Seite die entgegengesetzten Bewegungen; die Pupille der gereizten Seite ist eng, die der anderen weit. Die Bewegungen des Augapfels welche Anfangs tetanisch auftreten, und später in oscillatorische nach der entgegengesetzten Seite hin übergehen, verschwinden vollständig, sobald der N. acusticus der entgegengesetzten Seite durchschnitten wird.

David Ferrier theilt l. c. folgende Krankengeschichte mit:

Ein Landarzt von 30 Jahren, consultirte ihn wegen beunruhigenden Symptomen, von denen er in den letzten Jahren wiederholt befallen worden, und die

ihn sehr erschreckten, da er in ihnen Anzeichen irgend eines Hirnleidens oder eine Art Epilepsie befürchtete. Er wurde ab und zu, wenn er auf der Strasse sich befand oder sonst bei irgend einer Beschäftigung plötzlich von Schwindel und Schwäche ergriffen, wobei er das Gefühl hatte, nach rechts gedreht zu werden, während gleichzeitig die umgebenden Gegenstände sich nach rechts zu drehen schienen. Zu einem wirklichen Hinfallen kam es nie, da es ihm stets noch gelang, sich an irgend einem Gegenstande festzuhalten, und so der Drehbewegung entgegen zu wirken. Dieser Anfall war gleichzeitig von Klingen oder Summen im linken Ohre begleitet. Sonst fühlte er sich vollkommen wohl, nur hatte er Schmerzen in der Gegend des linken Ohres und ein Klingen mit zeitweise wechselnder Intensität in demselben. Die Untersuchung mit dem Ohrenspiegel ergab Congestion und Catarrh des linken Gehörgangs, der übrigens weder verstopft war, noch eine abnorme Absonderung zeigte. Auch das Trommelfell erschien etwas congestionirt. Das Gehör war ungeschwächt, sowohl für die Schwingungen der Stimmgabel als für musikalische Töne, ja es schien sogar auf dem linken Ohre schärfer zu sein, als auf dem rechten. Wurde dagegen die Stimmgabel auf den Nasenrücken oder irgend einen Theil des Kopfes aufgesetzt, so fühlte — hörte — der Kranke ihre Schwingungen bloss auf dem rechten Ohre; während die Schallleitung durch den Knochen linkerseits gänzlich aufgehoben war.

Die characteristischen Symptome der Menière'schen Krankheit sind nach Ferrier: der Kranke wird ganz plötzlich von Schwindel erfasst neben Uebelkeit und Unwohlsein, grosser allgemeiner Depression und Schwäche. Gewöhnlich ist der Schwindel von Klingen, Sausen, Zischen etc. auf einem Ohre oder auf beiden begleitet, und es entwickelt sich — hauptsächlich in dem stärker ergriffenen Ohre allmälig zunehmende Schwerhörigkeit, die endlich mit gänzlicher Taubheit endet.

---

## III.

## Die Latero-pulsion der bulbi, ein neues Symptom der Paralysis agitans von Dr. M. Debove in Paris.

Es ist bei der Red. dieses Blattes kurz nach dem Erscheinen der Februarnummer folgende dankenswerthe Mittheilung aus Paris eingelaufen, die sogleich zur Kenntniss der Leser gebracht werden soll. Dieselbe möge in geeigneten Fällen einer Prüfung unterzogen werden, und wir stellen die Spalten des Blattes gerne für hierauf bezügliche bestätigende oder corrigirende Notizen zur Verfügung.

In der Société des Hopitaux hielt in der am 25. Januar d. J. unter dem Vorsitze von Labric abgehaltenen Versammlung Debove einen Vortrag, worin er folgende Beobachtungen publicirte.

Bei einem Kranken, der wegen Paralysis agitans in Behandlung war, wurde die Beobachtung gemacht, dass er nicht zu lesen vermöge; dies wurde, wie so nahe liegend, auf den Umstand geschoben, dass durch das Zittern seiner das Buch oder die Zeitung haltenden Hand die Buchstaben fortwährend gleichsam hin und her

flögen, und daher nicht hinreichend fixirt werden könnte. Als dem Patienten nun das Buch in bequemer Weise so auf den Tisch gelegt wurde, dass er caeteris paribus hätte gut lesen können, stellte sich heraus, dass er es doch nicht konnte, und zwar aus folgenden Gründen: Wenn der Patient am Ende einer Zeile angelangt, mit den Augen auf den Anfang der folgenden übergehen wollte, so gelang dies niemals; vielmehr wurde sein Blick stets, wie durch eine gewisse Zwangsbewegung, immer wieder auf den Beginn derselben Zeile, die er schon durchlesen hatte, zurückgedrängt. Und zwar geschah dieses Zurückdrängen stets in plötzlicher, ruckartiger, brusker Weise. Die freie Vorwärtsbewegung der bulbi wurde demnach durch eine Zwangsbewegung gehindert, die bei intendirter Vorwärtsbewegung, im Sinne eine Lateropulsion wirkend, eintrat.

Verf. vergleicht diese Erscheinung mit den bekannten Pro- und Retropulsionen bei gewissen Laesionen des Kleinhirns etc. und schlägt, den Unterschied im Mechanismus jener und dieser von ihm bei Paralysis agitans beobachteten wohl betonend, für diese Zwangsbewegung der bulbi nach der Seite den Namen Lateropulsion vor.

---

# Referate.

**1) Charcot: Ueber partielle Epilepsie syphilitischen Ursprungs.**
(Klin. Vorträge, II. Abth. 4. Theil. Uebers. von Fetzer. pag. 377—399.)

Die partielle oder hemiplegische Epilepsie ist eine der häufigsten Manifestationen der cerebralen Syphilis.

I. Fall. Herr X., 42 Jahre alt, hatte vor etwa 12 Jahren einen harten Schanker, der von verschiedenen Symptomen constitutioneller Syphilis, auch Roseola, gefolgt war. Die damalige Behandlung war regelrecht und mehrere Monate fortgesetzt. Zehn Jahre lang lebte er in voller Gesundheit, dann stellte sich ein sonderbares Uebelsein ein, welches sich durch grosse körperliche Prostration, durch Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, durch sehr markirte und hartnäckige dyspeptische Erscheinungen characterisirte, und den gewöhnlichen Mitteln dauernden Widerstand entgegensetzte. Eine gewisse Abmagerung, ein prononcirter kachektischer Zustand, der sich durchaus nicht motiviren liess, und ein eigenartiger Kopfschmerz traten hinzu. Dieser war anfänglich auf eine genau bestimmte, nicht über Markstück grosse Stelle oberhalb der rechten Augenbraue nahe der Schläfe begrenzt; späterhin dehnte er sich im Momente der Exacerbationen, die ziemlich regelmässig gegen 7 Uhr Ab. eintraten und tief in die Nacht hinein dauerten, bis zur Scheitelhöhe, selbst bis zum Hinterhaupt aus, ohne übrigens jemals seinen primären Sitz zu verlassen. Erbrechen folgte nie darauf. Eines Tages wurde das rechte Bein ohne besondere Vorboten von Convulsionen während einiger Sekunden befallen, dann wurde das Bein plötzlich steif, und Pat. fiel im selben Moment bewusstlos zu Boden (Epilepsie mit motorischer Aura) zwei Monate später ein gleicher Anfall mit gleicher Aura, worauf leichte Parese der rechten Gliedmaassen, merkliche Gedankenverwirrung und Umschleierung seiner Denkthätigkeit folgten. Bei dem 3. Anfalle, der wieder

ohne Vorboten 2 Monate später eintrat, dauerte die motorische Aura länger, die Convulsionen ergriffen, nachdem sie das rechte Bein wie gewöhnlich befallen hatten, auch den rechten Arm. Ferner wurde beobachtet, dass mit dem Eintreten der Bewusstlosigkeit der Kopf des Pat. nach der rechten Schulter hin gezogen wurde, und dass die rechte Gesichtshälfte krampfhaft verzerrt war. Dann theilten sich die Convulsionen dem ganzen Körper mit, praedominirten aber stets rechterseits. Er biss sich nicht auf die Zunge, der Urin ging nicht ab. Vor Schluss des ersten Anfalls kam es zu einem zweiten, dem dann noch einige andere folgten, sodass also ein Anfallsparoxysmus vorlag, der 3 Stunden dauerte. An diesen schloss sich ausser den oben schon erwähnten Consecutiverscheinungen noch Aphasie und Gefühl von Taubsein in der rechten Wange in der Nähe der Lippencommissur. Die beiden letzteren Symptome schwanden sehr schnell. In den paretischen rechtsseitigen Gliedmaassen waren keine Paraesthesien auch keine Anaesthesien; Sehvermögen in Ordnung. Keine Spuren der Syphilis äusserlich nachweisbar. Therapie: tägliche Einreibung von 5 bis 6 Gramm grauer Salbe, gleichzeitig innerlich 6 bis 8 bis 10 Gramm Jodkalium pro 24 Stunden. Nach 20 Tagen einige Tage Pause, dann in derselben Weise noch 2 Mal die Cur wiederholt. Nach 3 Monaten waren alle Erscheinungen vollständig geschwunden.

Auf den oben beschriebenen Kopfschmerz legt Verf. grosses Gewicht, bes. weil er häufig der Lage der vorderen Centralwindung entspricht; derselbe kommt übrigens auch bei nicht syphilitischen Fällen von partieller Epilepsie vor. Das eingeleitete therapeutische Verfahren müsse „gewissermaassen Gewaltmaassregeln" enthalten, wenn es wirken solle*). Höchst characteristisch ist das Auftreten der Convulsionen, die meist an den Oberextremitäten oder einer Gesichtshälfte, seltener an den Unterextremitäten zum Ausbruche kommen. Die Aufeinanderfolge der Convulsionen gibt Charcot genau so an, wie schon früher Hugl. Jackson**): Wenn die Convulsionen, die an einer Oberextremität begonnen haben, sich fortzusetzen bestrebt sind, so greifen sie zuerst auf's Gesicht über, dann auf die Unterextremitäten; war das Gesicht zuerst ergriffen, so folgt zunächst ein Arm, dann ein Bein und haben sie in einem Beine begonnen, so greifen sie von da auf den Arm und dann auf eine Gesichtshälfte über. Diese Reihenfolge wird stets eingehalten.

II. Fall. Ein Arzt in den besten Jahren erlitt während einer Mahlzeit eine heftige Steigerung des Kopfschmerzes, an dem er schon einige Tage gelitten hatte. Nach dem Essen auf der Strasse wird plötzlich sein rechtes Bein steif und von ungestümen Convulsionen befallen, die sich unmittelbar danach auf den rechten Arm fortsetzen. Dann Bewusstlosigkeit, aus der er erst nach einer Stunde zu Hause in seinem Bette erwacht. Während der folgenden Nacht und des folgenden Tages wiederholten sich die Anfälle noch 3 oder 4 Mal, doch ohne Bewusstseinsstörung. Die Reihenfolge war stets dieselbe, schliesslich wurde auch die rechte Gesichtshälfte befallen. Der Kranke war seit einigen Wochen träge, ohne Appetit, ermüdete leicht bei jeder Anstrengung, sein Gesicht war

*) Vergl. Erlenmeyer San.-Rath: die luëtischen Psychosen in diagn., progn. und therapeutischer Bez. Neuwied 1877. Heuser II. Aufl. pag. 100. u. a.
**) A study on convulsions. In Transactions of L. Andrew's medical graduates associations. 1870. Tom. III.

blässer. Lähmungen und Sensibilitätsstörungen — ausser dem Kopfschmerz — fehlten; dagegen liess sich ein gewisser Grad von geistiger Verwirrung und Sprachbehinderung (keine Aphasie) constatiren. Vor 18 Monaten hatte Pat. ein ulcus durum mit constitutionellen Symptomen namentlich Psoriasis palmaris gehabt, wovon noch Spuren zu erkennen waren. Therapie wie oben. Nach drei Monaten Heilung.

Es kann auch vorkommen, dass den Anfällen von partieller syph. Epilepsie eine Reihe von Anfällen vorausgeht, in denen ohne alle Prodrome das Bewusstsein plötzlich schwindet und die Convulsionen an allen Punkten zu gleicher Zeit einsetzen, wie beim klassischen Bilde der gewöhnlichen Epilepsie.

III. Fall. Herr K., auf den Antillen geboren, acquirirte im Alter von 29 Jahren (1868) ein ulcus durum, dem constitutionelle Erscheinungen folgten als doppelseitige Iritis, Flecken (?) auf der Stirne, Psoriasis palm., intensive rheum. Schmerzen, tiefe, chronische Anaemie, endlich subacute Entzündungen der Gelenke (Tibiotarsal). Während 6 Monaten eine antisyph. Behandlung; danach Wohlbefinden bis 1873, wo Pat. in Cochinchina von heftiger Diarrhoe befallen wurde, die ihn sehr entkräftete, und nach welcher unablässige Kopfschmerzen sich einstellten, die zunehmende Intensität zeigten. Im Mai 1874, also 6 Jahre nach der Infection, nach einer lebhaften Discussion ein veritabler epileptischer Anfall. Patient kehrte jetzt nach Frankreich zurück, und erlitt auf dem Schiffe noch 2 solcher Anfälle, von denen der letztere von einer motorischen Aura: Convulsionen in der linken Oberextremität eingeleitet wurde, die sich auf das linke Gesicht überspielten. Damit war der partielle oder hemiplegische Character der Anfälle geoffenbart, die jetzt noch immer in dieser Weise, bald mit, bald ohne Bewusstseinsverlust, auftraten. Während 4 Monaten kamen sie alle 5—6 Tage, oft mehrere Attaken an einem Tage. Anfänglich war die intraparoxysmelle Zeit frei von Symptomen, ausser dass der Kopfschmerz, auf das rechte Seitenwandbein localisirt, fast beständig andauerte. Später trat eine Contractur im linken Arm und besonders in der Hand ein, die allmälig permanent wurde, und auch auf das gleichseitige Bein übergriff. In Hand und Arm Ameisenkriechen und starke Hyperaesthesie. Eine Erschütterung der Hand konnte mitunter einen Krampfanfall auslösen. Es kam hinzu Verlust des Gedächtnisses, Stumpfsinn und wirklicher geistiger Verfall; die Diarrhoe trat wieder auf, die Schwäche erreichte den höchsten Grad. Therapie: Milchcur und Argent. nitr. — Quecksilbereinreibungen und 5 gramm Jodkalium pro die. Schon nach 8 Tagen war die permanente Contractur verschwunden; nach acht weiteren Tagen konnte Patient einige Schritte im Zimmer herumgehen. Trotz mancher Störungen, welche durch die Diarrhoe veranlasst wurden, trat endlich definitive Heilung ein.

Vorübergehende *motorische Lähmung einer Gliedmaasse*, *wenn sie plötzlich ohne Vorausgehen von Contractur oder von tonischen Krämpfen* auftritt und sich mehrfach in mehr oder weniger lange andauernden Intervallen wiederholt, muss unter den so verschiedenartigen Aeusserungen der Gehirnsyphilis der partiellen Epilepsie an die Seite gestellt werden.

IV. Fall. Ein Kavallerieoffizier leidet (1872) seit einem Jahre an Kopfschmerz, der seit den letzten 6 Wochen permanent ist; ausserdem bestehen prononcirte dyspeptische Erscheinungen, häufiges Erbrechen, grosse Prostration, Ab-

magerung und hochgradige Anaemie. Vor 15 Jahren harter Schanker, seitdem von Zeit zu Zeit Quecksilber. Anfälle von Geistesabwesenheit: er stockte inmitten eines Gespräches plötzlich, der Blick wurde stier, der Kranke erblasste und blieb schliesslich wie stumpfsinnig. Keine Aphasie, keine Convulsionen, Pat. wusste von diesen Anfällen nichts. Einmal während eines solchen Anfalles plötzliche Lähmung der linken Oberextremität, ohne Störungen der Sensibilität. Diese Monoplegie verschwand noch am selben Abend. Therapie wie oben. Drei Tage nach Beginn der Cur nochmalige plötzliche Monoplegie des linken Armes, die nach einigen Stunden verschwand. Es war die letzte. Vollständige Heilung.

Die Veränderungen der *circumscripten gummösen Pachymeningitis* mit Theilnahme der darunter liegenden Membranen scheinen in der Mehrzahl der Fälle das anatomische Substrat der partiellen syphilitischen Epilepsie zu bilden.

---

2) **Clifford Allbut:** On the obscurer neuroses of syphilis.

(The West Riding Lunatic Asylum med. rep. vol. III. pag. 273—284.)

Unter wenig gekannten syph. Neurosen versteht A. solche, die zwar auf Texturveränderungen beruhen, die wir aber mit unseren Hülfsmitteln zu erkennen noch nicht im Stande sind, und daher als „functionelle“ bezeichnen. Er rechnet dahin: 1) Störungen der Intelligenz und des Gemüthes wie Blödsinn, Niedergeschlagenheit, Angst, Melancholie, Verworrenheit, Reizbarkeit, „mangelhafter Tonus“ etc. 2) Schlaflosigkeit, 3) Tremor, Muskelschwäche, vielleicht auch Epilepsie, 4) Periphere und viscerale Neuralgien, 5) Nutritionsstörungen, namentlich Anaemie. Letztere gehören zwar nicht hierher, Verf. hält es aber doch für nothwendig, an diesem Orte das Vorkommen einer syphilitischen nur durch Mercur zu beseitigenden Anaemie zu betonen, weil diese Thatsache nicht sehr vielen Aerzten bekannt ist.

Die Erscheinungen, die Verf. in seiner Arbeit besonders im Auge hat, sind flüchtiger und unbeständiger Art, und recidiviren wenn sie es überhaupt thun, häufig unter anderen Formen. Sie verhalten sich nicht wie z. B. eine Neuritis optica, deren Entwicklung und Verlauf wir mit dem Augenspiegel verfolgen können, auch nicht wie Neuritis des dritten, sechsten oder eines anderen Hirnnerven, deren Zustand wir durch Analogieschluss kennen, oder wie andere syhphilitische Neuralgien mit grosser Neigung zu Recidiven, deren Häufigkeit im proportionalen Verhältniss steht zu der zunehmenden Unheilbarkeit, der dann der Patient früher oder später doch unterliegt. Die Fälle, welche Verf. hier im Auge hat, sind in der Regel heilbar.

I. Störungen der Intelligenz und des Gemüthes.

Sie sind sehr häufig; aber eben so häufig bleiben psychische Störungen ungeheilt, weil ihre syphilitische Natur unerkannt bleibt.

1. Fall. Verf. trifft in der Eisenbahn mit einem Herrn zusammen, der ihn vor 3 Jahren wegen secundärer Syphilis consultirt hatte, und frägt ihn natürlich nach seinem Befinden. Der Kranke sah gut aus, fiel aber auf durch seine verzagten, ängstlichen Antworten. Er sei im Begriffe Verf. jetzt wieder zu

consultiren, da es ihm während der letzten Wochen so recht scharf zum Bewusstsein gekommen wäre, welche schreckliche Krankheit die Syphilis, wie entehrend für einen Gentlemann sie sei, und wie sie seine Gesundheit untergrabe. Patient consultirt dann auch in den nächsten Tagen Verf. der, je öfter er jenen sieht, desto mehr in der Ansicht bestärkt wird, jener leide an einer Erkrankung der Intelligenz. Pat. lebte in guten Verhältnissen, war stets mit Erfolg in seinem Beruf thätig, war ein eifriger Jäger, rüstig und kräftig an Geist und Körper, sexuell unter der Norm mässig. Jetzt war er in Verzweiflung und Scham. Zureden war vergeblich, bestimmte Anhaltspunkte für die Krankheit ergaben sich nicht; eine Ortsveränderung machte ihn noch kränker. Nächtliche Schmerzen und ein blasses Gesicht veranlassten eine specifische Behandlung mit Mercur und Jodkalium, worauf alle körperlichen und geistigen Krankheitserscheinungen zurückgingen.

2. Fall. Ein Mann von 30 Jahren, den höhern Ständen angehörig, trat plötzlich mit der überraschenden Mittheilung hervor, dass er von religiösen Scrupeln geplagt und gequält werde. Er blieb auch zu Bett, las in der Bibel und machte sich die heftigsten Vorwürfe darüber, dass er früher über den Ursprung der Wunder und dergl. nachgedacht habe. Mit einem Wort seine ganze geistige Verfassung war gerade in der Weise verändert, wie eine Salondame durch Tobsucht oder Einwirkung von Chloroform plötzlich Gassenmanieren und = ausdrücke annimmt. Die obige Form seiner Störung wechselte ab mit einer solchen, in welchen das sexuelle Elemente die Hauptrolle spielte. Schreckliche sexuelle Wahnvorstellungen beherrschten ihn, die er als solche wohl erkannte, von denen er sich zu befreien aber vergeblich ankämpfte. Unterdessen verlor er alle Energie und Verf. glaubte schon ihn als einen verlorenen Fall ansehen zu müssen. Alles dies entwickelte sich in 4 Monaten. Er wurde blass, hatte einen ängstlichen Gesichtsausdruck, Anfälle von Zerstreutheit. Zwei oder drei Jahre zuvor war er an secundärer Syphilis behandelt worden. Specifische Behandlung, nach drei Wochen war Alles beseitigt.

Es wird hervorgehoben, dass in allen derartigen Fällen die secundären Erscheinungen äusserst leichte waren.

3. Fall. Ein Herr, der, wie dem Verf. bereits bekannt war, vor einigen Jahren seine Frau in nicht schwerer Form inficirt hatte, schrieb in ängstlichem Style, Verf. solle ihn einmal besuchen. In diesem Briefe bezeichnete er sich als den Verräther seiner Familie. Bei seiner Ankunft traf ihn Verf. auf dem Sopha liegen, das Gesicht mit den Händen verdeckt, die Stimme versagend oder unverständlich. „Ich hatte eine Reihe von Vorfällen zu hören erwartet, für die sein Brief die Vorbereitung sein sollte. Einige Scenen mit seiner Frau, oder — noch schlimmer — mit seiner Schwiegermutter, oder die Erwähnung eines schrecklichen, nur vermutheten Ereignisses, war Alles, was ich zu meiner Ueberraschung zu hören bekam." Verf. dachte zuerst an Abusus spirituosorum, kam aber dann doch, unterstützt durch einige andere — nicht angegebenen — syphilitische Erscheinungen zur rechten Diagnose. Zwei Wochen noch blieb er niedergeschlagen, ängstlich, machte sich Vorwürfe, aber dann begann unter Anwendung von Lee'schen Bädern*), Jodkali und Sarsaparill eine rapide Besserung und Heilung.

*) Calomel-Räucherungen. Der ganze Körper mit Ausnahme des Kopfes wird den aus dem Calomel sich entwickelnden Dämpfen ausgesetzt. E.

4. Fall. Frau X. war schon zweimal als krank in der Anstalt; sie hat ausgesprochene syphilitische Anamnese und Aussehen. Beidemal litt sie an Verfolgungswahn, war niedergeschlagen, war absichtlich stumm, wenn ihr zugeredet wurde, und sprach auch sonst fast nichts. Sie lag tagelang im Bett, das Gesicht gegen die Wänd gekehrt. Jedesmal trat auf specifische Behandlung schnell Besserung ein. Die unvollkommene Besserung und das Recidiv mit genau denselben Erscheinungen lässt auf eine Verdickung des Schädels und der Hirnhäute schliessen.

## II. Schlaflosigkeit.

Es ist dies ein eigenthümliches Symptom, dessen Erkennung nicht allzu leicht ist. Bei Kindern war es ja schon länger bekannt, aber diese Beobachtung war noch nicht auf Erwachsene übertragen. Syphilitische Kinder liegen schlaflos und schreien Tag und Nacht, oft eine Woche lang ohne Unterbrechung, und man erstaunt, wie sie den Mangel an Ruhe aushalten, weiss aber oft die Ursachen der Schmerzen nicht zu deuten. Ebenso bei Erwachsenen. Ein junger Mann, der vor wenigen Jahren an primärer Lues litt, oder ein älterer, der vor 10 oder 15 Jahren einen Schanker hatte, klagen, dass sie fast die ganze Nacht schlaflos zubringen. Sie haben keine Schmerzen, sind warm, haben sich geistig nicht angestrengt, sind frei von Angst, der Magen ist in Ordnung, aber der Schlaf dauert höchstens 2 Stunden und nichts ist im Stande ihn wieder zurückzubringen; sie uriniren, gehen im Zimmer auf und ab, waschen das Gesicht, essen Etwas, lesen eine Seite, oder zwei, versuchen wieder zu schlafen — alles vergeblich. Nacht für Nacht setzt sich dies Verhalten fort, und schliesslich werden die Kranken schlaff und reizbar. In allen solchen Fällen von Insomnie ohne nachweisbaren Grund, ist Verdacht auf Syphilis vorhanden, und eine specifische Behandlung wird den Sieg über alle Narcotica davon tragen*).

*) Bei dieser Gelegenheit will ich auf eine andere Art von Schlaflosigkeit hinweisen, die ebenso, wie die syphilitische auf Narcotica absolut nicht reagirt. Dieselbe ist zwar nicht unbekannt, wird aber nach meiner Ansicht nicht gebührend gewürdigt; ich meine nämlich die als Intermittenslarve auftretende Insomnia durch Malariainfection. Griesinger in seinen noch immer unübertroffenen „Infectionskrankheiten" erwähnt bei der Aufzählung der Intermittenslarven die Schlaflosigkeit nur mit einem Worte, und die neusten Autoren über diesen Gegenstand, wie Hertz, und Seitz (Niemeyer) machen es secundum ordinem. Ich habe von dieser Form jetzt 4 Fälle gesehen, (1 W. 3 M.) konnte aber bei meinen Orientirungsversuchen in der mir zugänglichen Literatur nichts ähnliches finden. Der erste Fall blieb mir unverständlich, er wurde mir erst nachträglich klar, als ich den zweiten in Behandlung bekam. Auch hier war ich Anfangs rathlos, als eines Nachts sich fester erquickender Schlaf einstellte, die Patientin aber mit einer rechtsseitigen Supraorbitalneuralgie erwachte. Sie gab an, vor 11 Jahren längere Zeit an Intermittens quotidiana gelitten, seitdem aber nie mehr irgend welche Erscheinungen von dieser Krankheit gehabt zu haben. Chinin half hier bald. In den beiden letzten Fällen bewährte sich Chininum hydrobromatum sehr. Vielleicht theile ich gelegentlich die Fälle eingehender mit; hier wollte ich nur durch ihre kurze Erwähnung darauf hinweisen, dass bei Fällen von Schlaflosigkeit, wo Narcotica im Stiche lassen, nicht nur, wie Cl. Allbut meint an Syphilis, sondern auch an Malaria gedacht werden muss.
Erlenmeyer.

5. Fall. Bei einem Pat. wo Schlaflosigkeit allein bestand, wurden alle Mittel vergeblich angewandt, bis schliesslich eine Rupia ausbrach und auf den rechten Weg führte. Heilung durch Quecksilberinunction und Sarsaparill.

6. Fall. Eine kirchlich hochgestellte Persönlichkeit consultirte den Verf. wegen Schlaflosigkeit, gegen die alle übligen Medicamente und Verfahren wirkungslos blieben. Auf Grund seiner Erfahrungen, wagte Verf. die Frage nach etwaiger syphilitischer Infection und bekam mit „ehrenvoller Freimüthigkeit" eine bejahende Antwort. In jungen Jahren hatte Pat. an milden Formen von Syphilis gelitten. Heilung auf das gewöhnliche specifische Verfahren.

Verf. verfügt noch über einen ähnlichen Fall bei einem hochgestellten Geistlichen.

## III. Motilitätsstörungen.

Locale Zuckungen, Krämpfe oder Zittern haben stets einen verdächtigen Charakter. Schwer nachweisbar ist der Zusammenhang von Epilepsie mit Syphilis; hier unterscheidet schliesslich das Argumentum ex juvantibus. Verf. hat bei verschiedenen Personen mit luetischer Vorgeschichte Epilepsie von der gewöhnlichen bilateralen Form (also keine Charcot'sche hemiplegische Ref.) bei Mercur und Jod verschwinden sehen.

## IV. Neuralgien.

Sehr viele Syphilitiker leiden an Neuralgien, viseralen sowohl, wie peripheren, bei denen man eine positive Störung eines bestimmten Nerven oder seiner unmittelbaren Umgebung nicht annehmen kann. Die Schmerzen sind selten fix, und erscheinen auch selten wieder auf derselben Stelle, ja der Schmerz kann sogar in jedem Paroxysmus seine Stelle wechseln, dass die Kranken mit Sicherheit die schmerzhafte Stelle gar nicht anzugeben vermögen. Zu beachten ist, dass die Schmerzen sich auf Druck nicht steigern, auch nicht in der Nacht oder bei Wärme.

7. Fall. Herr X., 27 Jahre alt, litt an einer heftigen Cervicobrachialneuralgie, die während einiger Wochen vergeblich behandelt worden war. Ziemlich beträchtliche Cachexie. Anamnese ergab Syphilis. Heilung durch Specifica.

8. Fall. Heftige Kopfschmerzen ohne nächtliche Periodicität, ohne Empfindlichkeit der Kopfhaut, ohne Periostitis schwanden auf Antisyphilitica.

9. Fall. Eine sehr heftige Trigeminusneuralgie, gegen die selbst Morphininjectionen absolut erfolglos blieben, wurde in wenigen Tagen durch Quecksilber-Jodid geheilt.

Periphere Schmerzen, die über die Kopfhaut ziehen, an den Rippen bohren, an den Schienbeinen schaben, in den Schulterblättern und Lenden reissen, die kommen und verschwinden wie Falstaff's Pein, als er von den Kaufleuten gezwickt wurde, oder hastig von Ort zu Ort huschen, so dass der Patient sich erst krümmt, wenn sie schon wieder verschwunden sind, beruhen meist auf Syphilis und schwinden nur auf specifische Mittel. (Hier ist grosse Vorsicht nothwendig wegen Verwechslung mit dem ersten Stadium der Tabes doralis.)

10. Fall. Ein Herr, syphilitisch inficirt, leidet an präcordialen Schmerzen mit cardialen Störungen (unregelmässiger oft aussetzender Herzschlag), unter denen

er schrecklich leidet. Wenn er still sitzt, fühlte er das Herz bis in den Mund schlagen und wenn er zu Bett lag, schwirrte es so, als ob die Brust zu eng sei. Durch specifische Behandlung verschwanden zunächst die Herzstörungen, dann die psychischen Erscheinungen von Angst etc.

11. Fall. Ein junger Advocat, 1 oder 2 Jahre zuvor syph. inficirt, leidet an „atonischer Dyspepsie" mit nervösem Hungergefühl, das ihn sehr unglücklich macht. Dabei heftige Schmerzen im Epigastrium, von den Mahlzeiten unabhängig. Dabei trat ein vollständiger Wechsel seiner Stimmung ein, die weich, reizbar und quaerulant wurde, sodass er seine Krankheitsgeschichte nur unter heftigen Thränenströme erzählte; er war unselbständig, ungeduldig, schrieb Briefe voll Verzweiflung. Nach verschiedenen vergeblichen Curversuchen schwanden schliesslich alle körperlichen und psychischen Symptome, während einer längeren Cur in Aachen.

---

3) **Magnan** (Paris). Sclerose des Opticus und der motorischen Nerven des Auges, gefolgt von allgemeiner Paralyse.
(Gazette méd. de Paris. 1877. Nr. 44.)

Der Gang des Processes bei allgemeiner Paralyse ist gewöhnlich der, dass zuerst langsam entstehende Abnahme der Sehschärfe unter dem ophthalmoskopischen Bilde der Atrophia pap. optici sich entwickelt, der sich Paralyse der Augenmuskelnerven und Ptosis nach und nach anschliesst und auf die dann allgemeine Paralyse der anderen Organe folgt.

1. Fall. 1865 wird ein 33jähriger Mann blind, 2 Jahre später paralytisch. Das Ophthalmoskop ergiebt Atrophia grisea pap. n. optici, die Section abgelaufene interstitielle Entzündung der Sehnerven, des Chiasma und tractus opticus, des Oculomotorius im Anfangsstadium; diffuse interstitielle Encephalomeningitis.

2. Fall. Ein Mann, 36 Jahre alt, erkrankt am langsam zunehmender Abnahme der Sehkraft, 4 Jahre später an den Erscheinungen allgemeiner Paralyse, der im folgenden Jahre paretische Erscheinungen im Oculomotorius sich anschliessen. Post mortem findet man Neuritis interstitialis im Oculomotorius und ganzen Opticusstamm; sowie diffuse chronische Meningo-Encephalitis.

Beide Patienten waren auf ihr Leiden zuerst durch die entstehende Abnahme ihrer Sehkraft aufmerksam geworden.

Dr. Nieden (Bochum).

---

4) **Die Metallotherapie**: Debatte in The clinical society of London.
(The Lancet Nro. XVIII Vol. II. 1877 Nov. 3.)

In der Sitzung vom 26. October 1877 hielt Dr. Henry Thompson einen Vortrag über „einen Fall von Hysterie mit Contractur der unteren Extremitäten, Anästhäsie, und Ischämie bei einem Knaben". Derselbe wurde im Middlesex Hospital am 10. Mai 1877 aufgenommen, war 14 Jahre alt, immer schwächlich aber ohne bestimmte Krankheit, bis er 2 Monate vor seiner Aufnahme abmagerte, seine Munterkeit verlor und über verticalen Kopfschmerz klagte. Seit 1 Monat Unmöglichkeit zu gehen wegen Steifigkeit, Lähmung und Contractur der Unterextremitäten. Die Genitalorgane

schlecht entwickelt, Stimme fast unhörbar wurde durch schwache Faradisation lauter. Es bestanden gelegentliche Anfälle von Lachen und Schreien, begleitet von einem heissern bellenden Husten und Globus. Es fand sich Anästhesie über den ganzen Körper verbreitet, so dass bis tief auf den Knochen geführte Nadelstiche nicht empfunden wurden und nicht bluteten. Blutung trat erst ein wenn das betreffende Glied faradisirt wurde aber die Anästhesie dauerte fort. Aufgelegte Goldstücke hatten nach 10 Minuten den Effect, dass sich an den betreffenden Stellen das Gefühl einstellte und auch bei Stichen Blutung erfolgte. Von diesen Bezirken nahm die Sensibilität und Blutfülle nach allen Richtungen gradweise ab. Alle folgenden Versuche an mehreren Tagen hatten jedesmal denselben Erfolg. Es wurden ähnliche Versuche mit andern Metallen, die isolirt und nicht isolirt waren, auch mit Holz angestellt. Während die Aufmerksamkeit des Patienten auf die eine Hand gelenkt wurde, an welcher man gerade experimentirte, wurde ohne sein Wissen an der andern Hand ebenfalls ein Stück applicirt, aber nur Gold hätte den beschriebenen Effect. Nur bei ein oder zwei Gelegenheiten versagte das Gold, aber nie, wenn es 10 Minuten lang applicirt wurde. Ein im Schlaf gemachter Stich verursachte Schmerz und Blutung. Nach nicht ganz 3 monatlicher Behandlung war die Contractur, Anästhesie und Ischämie verschwunden und er verliess das Hospital am 25. August vollständig geheilt. Die Behandlung bestand in Regenbädern, Faradisation, Valeriana, Leberthran und Eisen. Thompson weist die Theorie des Gemüthseinflusses, welche von Dr. Russel Reinolds gestützt wird, im Anschluss an diesen Fall zurück, da das Gold wirksam war, auch wenn der Knabe glaubte es sei Silber, und umgekehrt das Silber unwirksam, wenn er es für Gold hielt.

Dr. Althaus berichtete dann über die Experimente über die Metallotherapie von Charcot in der Salpetrière: ausser den bereits bekannten Einflüssen auf die Anästhesie und Ischämie, wurden dort auch günstige Resultate bei Farbenblindheit, Taubheit und Mangel des Riechvermögens erzielt. (In welcher Weise dabei die Metalle applicirt wurden, wird nicht gesagt. Ref.)

Dr. Brodbent bestätigt den Bericht Althaus's da auch er die Versuche Charcot's sah und erzählt einen Fall von einem jungen sonst kein Zeichen der Hysterie bietenden Mädchen, bei welchem leichte Schwäche in beiden Armen und Anästhesie mit Ischämie in beiden Beinen von den Knieen nach abwärts bestand. Ein Messingstrumpfband unter dem Knie getragen beseitigte zuerst die Anästhesie des einen Unterschenkels nach wenigen Tagen, (ohne dass der Patientin der zu erwartende Erfolg mitgetheilt worden war) während der andere unempfindlich blieb. Hierauf an diesen applicirt, brachte er sie auch da bald zum Verschwinden. Brudenell Carter warnt davor, die Aussagen Hysterischer als „facts" aufzufassen, sie sind vielmehr derart, dass sie meist als „fiction" anzusehen sind. Besonders seien Aussagen über Farben- u. Geruchsempfindungen etc. nur mit der allergrössten Vorsicht aufzunehmen. Sein Glaube ist der, dass solche hysterischen Weiber oft kein anderes Interesse im Leben haben als ihre guten Freunde die Doctoren zu täuschen.

Lowue hält die Wirkungsweise für eine einfach physikalische. Wenn ein harter Körper fest gegen die Hand gedrückt, und so das Blut aus den Capillaren getrieben wird, so folgt in wenig Secunden vermehrte Gefässfüllung und daher die vermehrte Blutung. Howse fragt Althaus, ob er in der Salpetrière auch Fälle gesehen habe, mit welchen zum ersten Male experimentirt wurde, da er bei seiner Anwesenheit stets denselben Fällen wieder und wieder begegnet sei. Von Allen wird ja die Macht der Einbildung zugegeben, welche den Capillarkreislauf und die capillare Blutung zu hemmen vermag. Althaus verneint die Frage Howse's, doch mögte er sagen, dass die Application der Metalle bei organischer Hemianästhesie dasselbe Resultat hervorbrächten, wie bei Hysterischen. Der blosse Einfluss der Einbildung wurde widerlegt durch die Thatsache, dass verschiedene Stücke verschiedenen Effect hatten.

Dr. Volland, (Dovos-Dörfli.)

---

5) **Siffermann**: Constriction spasmodique de la glotte de nature hysterique; impossibilité complète d'avaler.

(Vortrag, gehalten in der Société de medecine de Strassbourg am 8. Nov. 1877. Gaz. med. de Strasbourg 1878. Nro. 1.)

In zwei Fällen, bei einem jungen Mädchen von 18, und einem von 16 Jahren, wandte Verf. die kalte allgem. Brause gegen die im Titel genannten Leiden mit Erfolg an. Er hatte empfohlen während des Brausens das Schlucken zu versuchen, gegen das alle Mittel vergeblich angewendet worden waren. Bei der ersten Pat. gelang es unter der 12ten, bei der andern schon unter der zweiten Brause. Beide Mädchen stammten aus 2 benachbarten Dörfern, wurden von demselben Arzte an Verf. gewiesen und fast gleichzeitig behandelt. Simulation war auszuschliessen; das Schlucken war factisch unmöglich. Die Einführung der Sonde gelang nicht.

---

6) **Gerhardt**. Ueber hysterische Stimmbandlähmung.

(Corresp. d. thüring. Aerzte 1878 Nro. 1.)

Hysterische Aphonie ist ausgezeichnet und zugleich als cerebral entstandenes Leiden charakterisirt dadurch, dass für einzelne Functionen die Stimmbildung erhalten bleibt.

Zwei von 20 Kranken, über welche Verf. berichtet, konnten ein Lied mit klangvoller Stimme singen, aber denselben Text nur mit flüsternder Stimme sprechen. Eine sprach im Traume mit heller Stimme, die ihr im Wachen versagt war; alle husteten mit lauter Stimme. *Dieses Husten mit Klang bei aphonischem Sprechen* ist nach G. ein werthvolles Kriterium der hysterischen Aphonie, es unterscheidet sie nämlich von ulceröser Zerstörung der Stimmbänder, multipler Papillombildung, auch von Crompressionslähmung der Stimmbänder. Ein weiteres Kennzeichen hysterischer Stimmbandlähmung besteht in *gleichzeitiger hcchgradiger Sensibilitätsstörung* — meist Anaesthesie, nur einmal sehr ausgesprochene Hyperaesthesie — nicht nur des Larynx-Einganges, sondern auch des Rachens. Man kann mit dem Finger ungestört den Rachen betasten, man kann

den faradischen Strom direct auf die Stimmbänder appliciren, ohne dass irgend eine Würgebewegung ausgelöst würde. Ein drittes Merkmal der hysterischen Stimmbandlähmung ist das *Erhaltensein der electrischen Contractilität*, was in den meisten Fällen schon percutan zu constatiren ist. Bei manchen Fällen stellt sich auch eine sehr erschwerte Anspruchsfähigkeit, selbst bei directer Reizung heraus, so dass man an gleichzeitigen Krampf der Antagonisten denken muss. Gegen die etwaige Annahme, die Aphonie sei eine absichtliche, nicht durch wirkliche Paralyse bedingte, hebt Verf. folgende 2 Punkte hervor: 1) die Stimmbandlähmung ist häufig einseitig, 2) Es kommen gleichzeitig noch andere Erscheinungen von Vaguslähmung vor (gleichzeitige Lähmung des weichen Gaumens, erhöhte Pulsfrequenz bei normaler Körper-Temperatur). Bestes Mittel Electricität.

Schliesslich betont Verf. dass einzelne Fälle hysterischer Aphonie als Reflexlähmungen aufzufassen sind, wo Aphonie mit Tonsillenschwellung einhergehe, und wo erst dann die Aphonie geheilt werden könne, nachdem Exstirpation der Tonsillen vorgenommen worden ist. —

---

7) **B. Kuessner**: Neuropathologische Beobachtungen aus der medicinischen Poliklinik in Halle a. S.

(Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. VIII. Bd. II. Heft.),

I. Ein 42jähriger Arbeiter mit dem Symptomenbild der Dementia paralytica zeigte an den rechtsseitigen Extremitäten die eigenthümlichen rythmischen Krampfbewegungen der Hand und des Fusses, wie sie zuerst von Hammond als *Athetose* bezeichnet wurde. Die Obduction ergab ein durchaus negatives Resultat — speciell *keine Spur einer Heerderkrankung im Gehirn*; das Rückenmark wurde nicht untersucht.

II. Ein 3jähriges bisher gesundes Kind hatte plötzlich ohne jede weitere Störung das Sprachvermögen verloren, bei erhaltener Motilität der Lippen und der Zunge. Die kleine Patientin hörte und verstand Alles, brachte aber keine wirklichen Wörter, sondern nur unarticulirte Laute hervor und war auch nicht im Stande Vorgesprochenes nachzusagen (Atactische Aphasie). Nach kurzer Zeit trat eine erhebliche spontane Besserung ein. Nach der Darreichung eines Brechmittels war die Sprachstörung völlig und für die Dauer verschwunden.

Prof. Weber hat in mehreren Fällen von sogenannter Reflex-Aphasie oder Aphtongie (Fleury, Krämpfe im Hypoglossus-Gebiet bei jedem Versuche zu sprechen) von derselben Medication glänzende Erfolge gesehen.*)

Ref. hat vor Jahren einen Fall von rasch vorübergehender Aphasie mitgetheilt, die offenbar in Folge einer acuten Indigestion entstanden war. („Zwei Fälle von Aphasie," Wien. Mediz. Wochenschr. 1860.) Dr. O. Berger (Breslau.)

---

8) **Charcot**. Multiple spontane Luxationen und Fracturen bei einer Kranken mit locomotorischer Ataxie.

(Klin. Vorträge von Charcot, übers. von Fetzer II. Abth. 4. Theil.)

Eine Patientin von 57 Jahren wurde in ihrem fünfunddreissigsten Lebensjahre von blitzartigen Schmerzen in den Waden und

*) Vergl. hierzu die Fälle von Romberg, Klin. Wahrn. u. Beob., Berlin 1851 I. Samml. pag. 54. II. pag. 46 ff. Red.

Fusswurzeln befallen, die bei Nacht stärker als am Tage auftraten und oft 12—15 Stunden dauerten. Gleichzeitig entwickelte sich in der Basis des Brustkorbes ein schmerzhaftes Constrictionsgefühl. Die Schmerzanfälle kamen häufiger, wurden heftiger und sollen ungefähr im 38. Lebensjahre der Pat. den höchsten Grad erreicht haben. Im 42. Jahre schwoll ihr rechter Oberschenkel erheblich, fast um das Doppelte an, wobei aber jede Röthung und jeder Schmerz fehlte; auch war die Pat. dadurch nicht wesentlich gehindert ihrem Dienste vorzustehen. Nach einigen Monaten, als die Anschwellung merklich abgenommen hatte, bemerkte sie eines Morgens beim Aufstehen, dass sie hinkte, in der Nacht war ohne jeden Schmerz während die Kranke ruhig zu Bett lag eine Luxation im rechten Hüftgelenke eingetreten. Im folgenden Jahre entwickelte sich unter ganz denselben Umständen Nachts im Bett plötzlich unter Krachen in der linken Hüfte eine Luxation in diesem Gelenk. Alle Gelenke der Beine wurden ungemein schlaff, so dass sie z. B. die Füsse hinter die Ohren legen konnte; bei einem solchen Versuch brach der linke Oberschenkel ab. Sieben Jahre später traten blitzartige Schmerzen in den Oberextremitäten ein, und zwar auch anfallsweise. Nach weiteren 7 Jahren brach die Pat. im Momente, als sie ihre Lage im Bett verändern wollte, beide Knochen des linken Vorderarmes, nach 3 Monaten brach sie auch den rechten Vorderarm im mittleren Drittel. Im Momente der Fractur verspürte sie keinen Schmerz; die Consolidation trat ohne Verband rasch ein. Drei Wochen später Luxation im linken Schultergelenk. Gleichzeitig Doppelsehen, rechte Pupille permanent weiter als die linke.

Da alle zu derartigen Spontanluxationen und Fracturen führende diathetischen Momente wie Syphilis, Carcinom, Gicht, Rheumatismus, Osteomalacie etc. absolut fehlen, so bleibt nichts übrig als die Brüchigkeit der Knochen in diesem Falle von einer Erkrankung der Nervencentren abhängig zu machen. Derartiges kommt übrigens bei Tabes durchaus nicht selten vor.

---

9) **A. Schreiber** (Augsburg). Ueber Veränderungen des Augenhintergrundes bei internen Erkrankungen.

(Deutsches Archiv f. kl. Med. Band XXI. 1. Heft.)

Verf. theilt die bei intracraniellen Leiden vorkommenden pathologisch-ophtalmoskopischen Veränderungen des Augenhintergrundes ein;

1) in den Process der Stauungspapille (papillitis) wie sie besonders bei Tumoren sich durch starke Schwellung, Röthung die Papille und breite Venen kennzeichnet;
2) in die hauptsächlich bei Meningitis zu beobachtende Neuroretinitis, wobei die Trübung sich auf die umgebende Netzhaut ausdehnt;
3) in die Perineuritis, bei der hauptsächlich der Randtheil der Papille sich geschwellt zeigt und
4) die primäre Sehnervenatrophie.

Bezüglich der relativen Häufigkeit erwähnt Verf. die Statistik von Heintzel, die in 63 Fällen von Meningeal- resp. Cerebral-Leiden 47 Mal oder in 74,6 % ophthalmosk. Veränderungen constatirt und zwar in 31 Fällen tuberculos. Meningitis 24 Mal Neuroretinitis, in 10 Fällen von Meningitis bei allgemeiner Tuberculose 4 Mal Neuroretinitis, 3 Mal Atrophia optic. und 3 Mal normaler Befund und unter 14 Fällen von Hirntumoren 7 Mal Neuroretinitis, 4 Mal Atrophie und 3 Mal normale Verhältnisse.

Nie lässt sich aus der Intensität der Veränderungen des ophthalmosk. Bildes auf den Grad der Sehstörung schliessen, indem sowohl bei hochgradiger Stauungspapille normale Sehschärfe, als auch bei ganz intactem Befund des Augenhintergrundes Amaurose constatirt worden ist.

Die Erkrankungsformen im einzeln betreffend sind wir im Allgemeinen nicht im Stande, einfache Circulationsstörungen als Hyperämie und Anämie im Centralorgan in allen Fällen im Augenhintergrund als gleiche Erscheinungen erkennen zu können, wenn wir auch der Beobachtung von Jäger, des Princeps der Ophthalmoskopiker glauben müssen, wenn er bei hyperämischen Zuständen des Gehirns, bei Ueberreizung durch geistige Anstrengung sehr häufig das ophthalm. Bild der Netzhautreizung findet, bei der die Papille leicht geröthet, die Venen strotzend und in ausgeprägten Fällen, die angränzenden Partien der Netzhaut in gleichem Maasse injicirt erscheinen.

Bei Apoplexien im Cerebrum gehen häufig Retinalblutungen jenen vorher, so dass letzteren insoferne eine ungünstige prognostische Bedeutung zukommt; häufiger indess finden sich solche nach Apoplexien in verschiedenen Netzhautschichten vertheilt, ebenso wie häufig venöse Stase im Augenhintergrunde der der Apoplexie entsprechenden Seite, nebst leichtem Oedem rings um die Papille constatirt wird.

Bouchut theilt ein Fall von wirklicher Neuroretinitis mit. Ueber die Sehstörungen weichen die Ansichten der Beobachter auseinander, indem Jakson, Albutt, Galezowsky nur selten Sehstörungen nach Apoplexie erwähnen, während Bouchut dieselben sehr häufig fand. Oft tritt die Sehstörung erst Monate und Jahre nach dem erlittenen Insult auf. —

Bei der gewöhnlichen Meningitis Erwachsener findet sich fast stets Hyperämie des intraocularen Sehnervenendes und der retina, zuweilen Neuroretinitis descendens. Heintzel fand in 31 Fällen von basilarer Meningitis 15 Mal Neuroretinitis, 5 Mal diese mit Stauungspapille complicirt, 4 Mal Hyperämie der Sehnerven, 2 Mal Atrophia incipiens, 1 Mal Atrophie und 4 Mal normalen Befund. Bei der chronischen Meningitis, wie sie sich im Kindesalter unter der vulgären Bezeichnung „Zahnkrämpfe" manifestirt, lässt sich häufig in späterer Zeit Atrophie der Chorioidea und retina und des nerv. opticus constatiren. Albutt fand in 38 Fällen tuberculöser Meningitis bei Kindern 29 Mal oder in 76,3 % derartige ophthal. Veränderungen. Es lassen sich bei dieser Form 3 verschiedene Fälle unterscheiden:

1) bei Meningealtuberculose ohne Basalexsudat aber mit Hydrocephalus zeigen sich die für die raumbeengenden Processe in der Schädelhöhle characteristischen Veränderungen: venöse Stase und weiter Stauungspapille;
2) bei M. tuberc. mit Basalexsudat und Eiterung in der Pia beobachtet man die Form der reinen Neuroretinitis descendens;
3) bei tuberc. Meningitis mit Basalexsudat und Hydrocephalus combiniren sich beide Verhältnisse, man sieht zuerst die Symptome der Stauung, der dann die der Entzündung, Neuroretinitis folgen.

Diese Form ist die häufigst beobachtete, die 2te die seltenste. Choroidealtuberkel kommen verhältnissmässig selten zur Beobachtung. — Bei der epidemischen Cerobrospinalmeningitis tritt häufiger das Bild der Erkrankung des Uvealtractus der Iridochorioiditis plastica hervor, die zu Phthisis bulb. und Verlust des Sehvermögens führt. Selten kommt Neuroretinitis zur Beobachtung. (Ref. hat unter 3137 gesammelten Fällen 119 Mal oder in 3,78 % Augenaffection als Folgekrankheit verzeichnet gefunden, von denen 74 Fälle von Iridochoroiditis 28 Mal einseitig und 22 Mal doppelseitig beobachtet wurden, während Muskel-Paralyse nur 14 Mal oder in 0,44 % und Neuroretinitis 5 Mal oder in 0,16 % constatirt wurde.) (Fortsetzung folgt.)

Dr. Nieden (Bochum).

---

10) **B. Kuessner**: Ueber vasomotorische Centren in der Grosshirnrinde des Kaninchens.

(Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. VIII. Bd. II. Heft.)

Im Widerspruch zu den positiven Ergebnissen von Eulenburg und Landois, welche in der Grosshirnrinde des Hundes „vasomotorische Centren" nachwiesen, deren Reizung eine Abkühlung (Verengerung der Gefässe) und deren Zerstörung eine Temperatur-Erhöhung (Erweiterung der Gefässe) der gegenüber liegenden Extremitäten zur Folge hatte, fand Kuessner bei eigenen Versuchen am Kaninchen, dass partielle Zerstörungen der Grosshirnrinde nicht das Auftreten constanter Temperaturunterschiede in beiden Körperhälften nach sich ziehen, wenigstens wenn sie in dem Theil der Rinde angebracht werden, welcher etwa als Convexität bezeichnet werden kann.

K. bediente sich ausschliesslich thermometrischer Messungen, wobei an den Extremitäten die Thermometerspindel in einen Hautschlitz geschoben wurde. (Murri) Er legt ein besonderes Gewicht auf die Constanz einer etwaigen Differenz während mehrerer Tage, da er nicht selten an gesunden Kaninchen beobachtet hat, dass mehrere Stunden die Temperatur an einer Körperhälfte höher war, als an der anderen, während sich oft am folgenden Tage das Verhältniss geradezu umkehrt.

Dr. O. Berger (Breslau).

---

## 11) Alb. Beger: Beitrag zur Pathologie der Grosshirnrinde besonders des Gyrus praecentralis.

(Archiv der Heilkunde. XIX. Jahrgang. Heft 2.)

Im Anschluss an ein Referat über fünf einschlägige Fälle aus der vorhandenen Literatur (von Hitzig, Gliky, Stark, Samt und Seeligmüller) theilt Verf. die Krankheitsgeschichte und den Sectionsbefund von zwei in der Leipziger Klinik beobachteten Kranken mit:

1. Fall. Ein 32jähriger Registrator, der von Kindheit an an Kopfschmerzen gelitten, wurde am 25. August 1873 aufgenommen wegen heftiger Kopfschmerzen und Intermittens-ähnlichen Fiebererscheinungen. Nachdem durch Chinin Schwinden dieser Symptomen bewirkt war, traten am 12. Sept. 1873 plötzlich bei völligem Bewusstsein klonische Krämpfe im rechten Arm auf, verbunden mit Schmerzen und Kältegefühl in demselben. Die Anfälle wiederholten sich rasch und nahmen auch an Ausdehnung zu, schon beim vierten Anfalle betheiligte sich die ganze rechte Körperhälfte. Der fünfte war ein allgemeiner epileptiformer Anfall, der wegen bedrohlichen Erscheinungen eine Venäsection und Eisblase auf den Kopf nöthig machte. Nach 1½ Tage dauerndem Nachlasse traten von Neuem die Krämpfe auf, im Arm beginnend, dann allgemein werdend. Der Arm wurde zuerst paretisch, ebenso auch der rechte Facialis. Während auch das rechte Bein paretisch wurde, trat im Arm gänzliche Paralyse auf. Schliesslich hörten die Krämpfe auf, Patient starb am 23. Sept., nachdem noch eine Pleuritis sich hinzugesellt hatte.

Die Section ergab bezüglich des Gehirns: An der Convexität der linken Gehirnhemisphäre sehr beträchtliche Verbreiterung und Abplattung der vordern und hintern Centralwindung; beim Einschneiden im Gyrus praecentralis, 4 cm. nach aussen von der Mittellinie und 6 cm. von der Spitze des oberen Lappens nach hinten einen haselnussgrossen eitrigen Heerd dicht unter der Oberfläche, der Rinde und Mark betraf; in der Umgebung rothe und gelbe Erweichung.

Der zweite Fall betraf eine 48 Jahre alte Lohndienersfrau, die seit etwa einem Jahre vor ihrer Aufnahme an Krämpfen im rechten Arme litt, welche alle 8 Tage auftraten bei erhaltenem Bewusstsein.

Sie wurde im letzten Stadium der Krankheit in die Klinik gebracht, war beinahe andauernd bewusstlos und fast immer von Krämpfen befallen, die wohl allgemein waren, aber besonders doch die rechte Seite betrafen. Der rechte Arm war paralytisch, die Sprache auch in den lichten Augenblicken kaum verständlich. Die Kranke starb nach 8tägigem Aufenthalte in der Klinik am 25. December 1875.

Der Befund am Gehirn war folgender: Die dura mater linkerseits stark gespannt. Beim Abziehen findet sich über dem Gyrus praecentralis und dem hintern Ende des Gyrus front. secund. ein 1,5 cm. hoher Tumor auf der Innenfläche der Dura. Ueber dem Gyrus postcentr. und dem vorderen Ende des Gyrus parietal. super. war der Tumor mit den weichen Häuten und der Hirnsubstanz verwachsen; ein Theil der erweichten Rindenmasse blieb beim Abziehen hängen. Der Tumor, ein Fasersarcom hatte eine dreiseitige Gestalt, vorn kaum 1 cm. breit, nach rückwärts an Breite zunehmend. Das ganze Gehirn war stark hyperämisch.

Aus den bisher bekannt gewordenen Berichten gibt Verf. für Erkrankung des Gyrus praecentralis folgendes Symptomenbild: Plötzlicher Anfang der Krankheit ohne Vorboten; Beginn mit localen Krämpfen, in der Regel clonischen, manchmal auch tetanischen Characters, entweder im Gebiet des Facialis oder im Arme bei Intactheit

des Bewusstseins. Wiederholung der Krämpfe in mehr, weniger rascher Aufeinanderfolge. Allmähliches Weiterschreiten auf benachbarte Gebiete. Die betroffenen Muskeln werden paretisch. Sensibilität normal. Manchmal abnorme Sensationen in den von Krampf befallenen Theilen. Verlauf entweder acut oder chronisch; Steigerung zur Epilepsia unilateralis, zu allgemeinen Krämpfen und Bewusstlosigkeit; schliesslich der Tod. — Der Puls war in zwei Fällen abnorm frequent; Kopfschmerz und Erbrechen zeitweilig. Atrophie der befallenen Muskeln, Contracturen, erhöhte Reflexerregbarkeit; Mitbewegungen von Muskeln der gesunden Seite wurden in einzelnen Fällen beobachtet. Facialis und Extremitäten sind auf derselben Seite befallen.

Zur Vergleichung führt Verf. noch je einen Fall von Erkrankung des Stirn-, Scheitel- und Hinterhauptlappen vor; die ersten beiden referirt nach Lepine und Samt, der letzte eigene Beobachtung von der Leipziger Klinik. Auch hier sind es vorwiegend motorische Störungen, Zuckungen im Arme, im Beine, epileptiforme Anfälle etc. Doch glaubt Verf. einen principiellen Unterschied von den Erkrankungen des Gyrus praecentr. dahin feststellen zu können, dass bei letzteren immer die Reizerscheinungen den Lähmungen vorangehen; bei erstern aber umgekehrt, wobei die Lähmungen das Hauptsächlichste waren. Interessant ist der letzte Fall, ein 6jähriges Mädchen, bei welchem zuerst hemiplegische Erscheinungen der rechten Seite bestanden hatten und dann nach dem Verschwinden derselben plötzlich locale Krämpfe im Arm bei erhaltenem Bewusstsein auftraten, sich allmählich steigerten, bis sie schliesslich mehr allgemeine epileptiforme Anfälle wurden und nach $1\frac{1}{2}$ Jahren zum Tode führten. Der Gehirnbefund war eine Sclerose der linken Occipitalwindungen. Also auch bei Erkrankung des Hinterhauptlappens ausgesprochene motorische Störungen. (Der Fall hat grosse Aehnlichkeit mit einem vom Ref. im Jahrgang 1874 der Berl. klin. Wochenschr. veröffentlichten sowohl bezüglich der erkrankten Hirngegend, als dem Symptomencomplex.)

Dr. Karrer (Erlangen).

---

12) **J. Rosenthal.** Allgemeine Physiologie der Muskeln und Nerven. (Internationale wissenschaftliche Bibliothek XXVII. Bd. mit 75 Abbildungen in Holzschnitt. Leipzig bei Brockhaus, klein 8°, 309 Seiten.)

In höchst gelungener Weise hat der rühmlichst bekannte Erlanger Physiologe eine zusammenhängende Darstellung der allgemeinen Muskel- und Nervenphysiologie gegeben, und dadurch das schon durch manches werthvolle Werk ausgestattete Unternehmen der „internationalen Bibliothek“ nicht unwesentlich bereichert. Der Verf. hat sich, so viel dies möglich war, bemüht, auch für den Nichtfachmann die Schilderung, welche in dieser Weise die erste ihrer Art ist, verständlich zu machen, so dass jeder Gebildete eine Einsicht in die Functionen dieser so sehr anziehenden und interessanten Theile des menschlichen Organismus bekommt. Es würde uns hier zu weit führen, einen Auszug aus dem Werkchen zu geben, welches

mit seinen gelungenen Abbildungen und durch die lichtvolle Art seiner Darstellung das Verständniss dieses schwierigen Kapitels der Physiologie wesentlich erleichtert. Wir wollen es hiermit jedem sich für diese Materie Interessirenden dringend zum Studium empfohlen haben.

Dr. Goldstein (Aachen).

13) Lagardelle (Marseille). Catalepsie im Gefolge einer acuten Manie. Heilung.

(Annales medico-psycholog. 1878. Januar.)

G. A., 19 Jahre alt, Angestellter; keine ererbte Anlage; fleissig und solid, aber Onanist.

Am 15. April plötzlicher Ausbruch einer hallucinatorischen Manie mit Gewaltthätigkeit und grosser Aufregung, in der er zum Fenster (3. Stock) hinausspringt, sich aber merkwürdiger Weise nicht verletzt; daraufhin wird er in die Anstalt versetzt. Hier dauert die Erregung fort bis zum 24. April, an welchem Tage er auf einmal cataleptisch wird; (neben der characteristischen flexibilitas Speichelfluss, totale Anaesthesie, sehr erweiterte Pupillen, dagegen normaler Puls). Nach circa 24stündiger Dauer dieses Zustandes bessert sich dieser letzere auf eine 2 Minuten andauernde Rückendouche mit nachfolgenden starken Reibungen und Bewegungen. Die Catalepsie wiederholt sich aber Abends auf 1 Stunde; ebenso am erst- und zweitfolgenden Morgen, aber mit je abnehmender Intensität und Dauer. Am dritten Tag wird er klar und erzählt genau alle Vorkommnisse der letzten Tage; er habe das Stechen mit Nadeln wohl gesehen, aber nichts empfunden; ebenso habe er die verschiedenen Manipulationen mit seinen Gliedern ganz gut gespürt, aber weder sprechen noch sich bewegen können.

In den folgenden Tagen nur noch Klagen über eigenthümliche Sensationen in allen Nerven, die aber auf einige Douchen ganz verschwanden. — Am 10. Mai geheilt entlassen.

Dr. Sury-Bienz (Basel).

14) C. Spamer. Ist allen psychisch Kranken der dauernde Anstaltsaufenthalt (bis zur vollendeten Genesung) vortheilhaft?

(Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. VIII. Bd. II. Heft.)

Spamer theilt zwei Beobachtungen mit, welche den Satz illustriren, dass unter gewissen Umständen der Aufenthalt in der Irrenanstalt Momente in sich birgt, die der Genesung der Kranken entgegenstehen. In beiden Fällen (melancholische Zustände) zeigte sich in der Anstalt keine Spur von Besserung, während dieselbe sofort zu Tage trat, als die Kranken in ihre häuslichen Verhältnisse zurückversetzt wurden. Die Ursachen dieses Verhaltens findet Verf. theils in dem ungestümen „Heimweh“ einzelner Individuen, theils in dem niederdrückendem peinlichen Bewusstsein mancher bereits gebesserter Patienten, sich in der Anstalt zu befinden. Unter beiden Umständen scheue man sich nicht vor einer eventuell probeweisen Entlassung, vorausgesetzt, dass der Aufenthalt in der Familie keine schädlichen Einwirkungen befürchten lässt.

Dr. O. Berger (Breslau).

15) **Bellini e Filippi:** Biblioteca medico-legale. Vol. I. Bellini: Manuale delle Simulazioni, Dissimulazioni e Imputazioni.
(Pisa 1877, Nistri & Co. p. 219.)

Ritter v. Bellini, Prof. der gerichtl. Medicin in Florenz, beabsichtigt in Gemeinschaft mit seinem Assistenten Dr. Filippi, Privatdocent derselben Disciplin, unter dem nicht ganz zutreffenden Titel „Biblioteca medico-legale" Studirenden und Aerzten ein Handbuch der gerichtl. Medicin zu liefern, dessen erstes Bändchen eben erschienen ist und die obenbezeichnete Aufschrift führt.

Ueber die Berechtigung, der soweit auseinandergehenden Fragen über Simulation und Dissimulation einer- und Verantwortung andererseits zusammenzuwerfen, oder die wichtige Frage über zweifelhaften Geisteszustand in 3 Abtheilungen zu sondern, je nachdem es sich um Simulation, Dissimulation oder Imputation handelt, liesse sich wohl streiten; man würde auch vergebens darnach fragen, welche Tragweite für die gerichtsärztliche Praxis die Simulation oder Verheimlichung solcher Zustände haben möge, wie etwa: Kahlheit, übelriechende Fussschweisse, Bronzed-skin, Icterus, Spermatorrhoe u. s. w. und müsste desshalb der Ansicht zuneigen, Prof. Bellini habe eher für Militär- und Gefängniss- als für Gerichtsärzte geschrieben, es sei denn, dass in dem schönen Italien auch in forens. Hinsicht Verhältnisse obwalten, denen wir im Norden gar nicht begegnen.

Abstrahiren wir aber von diesen Bedenken, so müssen wir zugeben, dass es Verf. wohl verstanden hat, die Abschnitte über Simulation und Dissimulation ganz erschöpfend zu behandeln, dass er in der Aufzählung der einzelnen Zustände eher zu ausführlich, als zu flüchtig vorgegangen, und was wir ganz besonders hervorheben, in der Wahl und Anempfehlung der zum Nachweise der vorgeschätzten und verheimlichten Zustände nothwendigen Untersuchungsmethoden — und Behelfe auf der Höhe der Wissenschaft steht.

Nur Schade, dass das letzte, für den Gerichtsarzt bei weitem wichtigste Capitel, jenes über „Imputation" am kürzesten gehalten ist, und dass, wie bereits erwähnt, der wichtigste Inhalt der forensen Psychopathologie ganz unnöthigerweise zersplittert wurde, um der vom Verf. beliebten Systematik zufolge, in drei Abtheilungen untergebracht zu werden. Nach den ganz entsprechenden, allgemeinen Winken zu urtheilen, dürfte vorauszusetzen sein, dass Verf. dieses Capitel sonst hätte gut behandeln können.

Ein ausführliches Register scheint berufen zu sein, der verfehlten Systematik unter die Arme zu greifen. (Forts. folgt.)

Prof. Blumenstock (Krakau).

---

16) **Delacour, Aubrée & Lafite** (Rennes). Gutachten über den Geisteszustand einer Kindsmörderin.
(Annales medico-psycholog. 1878. Januar.)

Frau D., 37 J. alt; starke erbliche Belastung (sowohl väterl.- als mütterlicherseits); unglückliche Jugend; musste früh unter frem-

den Leuten ihr Brod verdienen. Später ziemlich glücklich verheirathet; doch sehr ärmliche Verhältnisse; viel Arbeit, schlechte Nahrung, gehäufte Geburten.

In den letzten Monaten der 4ten Gravidität deutliche Melancholie mit Suicidiumsgedanken, die sich nach der Geburt trotz dem bald erfolgten Tode des Kindes etwas besserte; doch bald trat eine neue Schwangerschaft ein und damit auch eine Exacerbation der Krankheit, die durch eine im 6ten Monat erlittene rohe Misshandlung von Seiten des Mannes stark befördert wurde. Von da an trat auch an die Stelle der bisherigen Selbstmordgedanken der unbezähmbare Trieb, ihre zwei ältern Kinder ($3^1/_2$ und $2^1/_2$ J. alt) zu ertränken, um sie dem Elend dieser Welt zu entziehen.

Vergebens wehrt sich die arme Frau dagegen; immer und immer wieder kommt der Trieb; sie sucht überall, vorab beim eigenen Mann Schutz gegen diesen furchtbaren Gedanken — nirgends findet sie Verständniss, nirgends Hülfe — und so treibt sie unaufhaltsam der grässlichen That entgegen. Statt sie in einer Anstalt zu versorgen, lässt man sie noch mit den gefährdeten Kindern allein spaziren gehen — und da unterliegt sie der Versuchung! Die Umstände der That selbst sind in höchstem Grade characteristisch, sind so entsetzlich grausam, wie eben nur eine Kranke handeln kann, die unter dem Banne einer Wahnidee steht!

Nach der That irrt sie planlos herum und stellt sich am andern Morgen selbst der Polizei und verlangt dort ihre verdiente Todesstrafe für die That, deren Details sie kaltblütig und reuelos erzählt.

Das sehr interessante Gutachten beweist überzeugend die vorhandene Unfreiheit der That, und auf Grund dessen wird auch vom Gericht die totale Unzurechnungsfähigkeit erklärt.

Dr. Sury-Bienz (Basel).

---

17) **Passow**, (Rostock.) Geistesstörung die Ursache auffallender Diebstähle.

(Viertelj. für ger. Med. u. öffentl. Sanitätswesen von Eulenberg, 1878, I. Heft.)

Der Verf. hatte ein Gutachten über den Geistes- und Körperzustand eines wegen Diebstahls in Untersuchungshaft befindlichen Stuhlmachergesellen abzugeben.

Dasselbe lautet:

„Der p. p. leidet an einer ausgesprochenen Irrseinsform, die derartig auf die psychischen Functionen desselben wirkt, dass sie sowohl deren Integrität erheblich stört, als dieselben zu abnormen krankhaften Aeusserungen zwingt, dass ferner diese Irrseinsform die freie Willensbestimmung des p. p. bis zu einem Grade beschränkt, dass die Bedingungen, die an die Zurechnungsfähigkeit des Individuums zu stellen sind, aufgehoben werden;" — (eine Fassung des Gutachtens, wie sie dem §. 51 des Strafgesetzbuches für das deutsche Reich entsprechend seitens der vom Gerichte bestimmten Sachverständigen zu beobachten ist. Ref.)

Geschichtserzählung. Verf. berichtet, wie der 45 j. K. Abends, als er im Begriffe war gestohlene Frauenhemden und Damenbeinkleider in Sicher-

heit zu bringen, verhaftet wurde, und wie er im ersten Verhör erklärte: „Ich bereue meine That aufrichtig, zu der mich nicht die Noth, sondern ein unbezwinglicher Hang zum Stehlen veranlasst hat." Bei der Haussuchung bei dem K. fand sich in Kisten und Säcken versteckt, unter dem Dache und in sonstigen Abseiten eine grosse Anzahl Frauenwäsche, vor Allem Damenbeinkleider, Damenhemden, Corsetten, Damenjacken, Damenstrümpfe, Strumpfbänder etc. im ganzen gegen 300 derartige Nummern. Bei einem erneuten Verhör erklärte er: „Verkauft habe ich von sämmtlichen Sachen nichts, sondern alles bei mir aufbewahrt; — gewöhnlich pflegte ich nur ein Stück zu nehmen, was ich dann mit nach Hause nahm und in meinem Koffer verbarg. Was eigentlich der Grund war, weshalb ich die Sachen nahm, kann ich kaum sagen, ich konnte es einmal nicht lassen; das muss ich allerdings zugeben, dass ich Einzelnes von den Sachen trug." Die nähere Untersuchung ergab denn auch, dass der K. schon seit längeren Jahren sich mit Diebstählen von Damenkleidern befasste, die er in Kisten, Kasten, Bettstroh etc. versteckt hielt aber *nicht verkaufte, noch verschenkte*, sondern nur zuweilen sich *damit kleidete und sich damit zu Bett legte.* —

*Prüfung des körperlichen und geistigen Zustandes.* Verf. schildert, dass, erbliche Anlagen zu Geistesstörungen bei dem K. nicht erwiesen werden konnten dass er niemals an schweren Krankheiten, nie an Epilepsie noch an sonstigen abnormen psychischen Zuständen gelitten habe. K. wurde wie sein Vater Stuhlmacher, mit 21 Jahr Geselle in diesem Fache, war ein brauchbarer Arbeiter, der auch dem Trunke sich nicht ergeben haben soll. Sein körperlicher Zustand bietet nichts Abnormes, insbesondere ist sein Schädel völlig symmetrisch gebaut, die Stirne von normaler Wölbung, im Querdurchmesser nicht verengt, Gesichtsbildung regelmässig. Die Pupillen erscheinen meist über Mittelstand erweitert; Zunge weicht beim Ausstrecken nicht ab. Kein Muskelzittern, keine Lähmungserscheinungen. Den Vorschlag, sich aus seiner Haft in die Irrenanstalt überführen zu lassen, acceptirt er nicht: er sei nicht verrückt. Seinen Zustand, seine Lage, die Schwere seiner Vergehen erkennt er aber nicht. Die Nothwendigkeit einer gerichtlichen Untersuchung über ihn sieht er nicht ein und sucht einer längeren Unterredung durch Entfernungsversuche sich zu entziehen. „Ich bin kein Dieb; warum ich die Wäsche genommen weiss ich nicht, ich musste das, ich konnte nicht anders." Erst bei weiteren Untersuchungen gelang es noch etwas mehr Licht über sein dunkles psychisches Leben und seine krankhaften Gehirnanreizungen zu gewinnen, indem er bekannte, dass ihm das Anlegen von Damenwäsche wollüstige Empfindungen verursache in einer Weise, dass bei dem K. ein Zwang zur Verrichtung seiner Diebstahls-Handlungen nicht weiter verkannt werden konnte. Dabei konnte nicht die Krankheitsform der sogen. conträren Sexual-Empfindung, ebensowenig päderastische Neigung, sei es in activer noch in passiver Form, wahrgenommen werden.

Gutachten. Verf. legt dar, wie der mächtigste nach dem Selbsterhaltungstriebe, der Geschlechtstrieb bei K. völlig abgeirrt sei, so dass seine niedere Bildungsstufe und Intelligenz einen ungenügenden Damm gebildet, und dass neben den mehr und mehr wachsenden Inpulsen jenes ausschweifenden Triebes als Mittel zu dessen Befriedigung das Diebesverbrechen erwachsen sei. „K. wird zwangsweise Dieb, er muss die Wäsche stehlen, er kann nicht anders, wie er ja selbst sagt, er wird aber nur Dieb nach einer gewissen Richtung hin, seine Stehlsucht bleibt absolut beschränkt auf gewisse Dinge, die Fröhnung und Befriedigung des Geschlechtstriebes erfordern". Weiter führt der Verf. aus, dass die Psychiatrie wisse, dass

die Herrschaft solcher einem kranken Boden entwachsener Triebe die moralischen Fähigkeiten defect mache, so dass bei K. nur noch geringe Spuren von Aeusserung eines erkennbar sittlichen Bewusstseins, von ethischer Kraft zu entdecken seien. „Ein freier Wille ist nicht mehr vorhanden; was an Willens-Anspannung zur Geltung kommt, wirkt unter der Herrschaft jener Triebe und wird zu einem verkehrten und verbrecherischen.“ —

Nachdem dann der Verf. noch erläutert, dass das Gesammtbild der Erkrankungs-Erscheinungen bei K. von den gewöhnlichen Gruppen psychischer Störungen abweiche, glaubt er dasselbe mehr zu den sogenannten psychischen Entartungen zählen zu müssen. Diese Entartungen zeigten ebenso wie die Störung des K. vorwiegend ein moralisches Irrsein, eine Neigung zu verkehrten Handlungen die ihren Grund in der zwingenden Herrschaft perverser Triebe und Affecte hätten, welche Herrschaft durch einen Mangel an Willen und ein wahres Schwachsein im Urtheil mitunterstützt werde.

(Ob alle Psychiater über den K. durch ihr gerichtärztliches Gutachten das schützende Schild des Unzurechnungsfähigkeit bedingenden, weil unwiderstehlichen krankhaften Triebes halten würden, möchte ich bezweifeln, da doch der Beweis eines ausgebildeten Intelligenzdefectes bei dem K. nicht erbracht zu sein scheint. Gewiss ist, dass die meisten Juristen und Geschworenen bei Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit des K. sich auf die Annahme des Wollusttriebes, der den K. zu den Diebstählen „unbezwinglich“ getrieben haben soll, nicht einlassen würden, sondern den K. auf längere Zeit die Gelegenheit verschaft hätten, darüber nachzudenken, dass jeder Mensch die Befriedigung seines Geschlechtstriebes in gewissen Schranken halten muss. Durch Annahme solcher „zwingenden“ Triebe und Suchten, wie sie hauptsächlich durch Mark und Falret in die gerichtliche Psychonosologie hineingekommen sind, in solchen Fällen, wo ein Defect der Intelligenz nicht evident nachweisbar ist, wird man in foro nur Wirrwarr zum Nachtheile unserer socialen Zustände herbeiführen: Ref.)

Kreisphysikus Dr. Kohlmann (Remagen.)

---

# Kleinere Mittheilungen.

1. Dr. Oertmann theilt im Arch. für Physiologie (Pflüger) Bd. XVI, H. 2 u. 3 mit, dass eine einfache und sichere Methode zur Messung der Körpertemperatur darin bestehe, dass man gegen die Quecksilberkugel des Thermometers den Urin in kräftigem Strahle entleeren lasse. Es dürfte dies Verfahren allerdings nur bei Männern anwendbar sein, indessen empfiehlt es sich der Zeitersparniss wegen sehr, da 7 Secunden Urinumspülung reichlich genügen, um die durch Messung im Rectum gefundene Temperatur im Maximalthermometer herzustellen.

2. Leyden bringt in seinem Vortrage *„über experimentell erzeugte Rückenmarksclerose und die Ausgänge der acuten Myelitis“* (Berl. kl. Wochen. 1877. 49) Experimente zur Kenntniss, in denen er durch Injection von

einigen Tropfen Sol. Fowleri in das Rückenmark von Hunden acute Myelitis erzeugte. Die spätere Untersuchung des Rückenmarks der am Leben gebliebenen Thiere ergab, dass diese Myelitis in Sclerose übergegangen war; damit wäre also für das Hundemark der Beweis geliefert, dass die Sclerose einen Ausgang der acuten, resp. eine chronische Myelitis darstellt. —

3. Gegen Hysterie empfiehlt Böttcher Monobromcampfer, und zwar in Clystieren mit 0,1—0,5—0,9 bis zu 3,9 oder innerlich in Capsules und zwar zu 0,2—0,3—0,9 mehrmals täglich. (Allg. Z. fr. Ps. XXXIV. 5.)

4. Forensische Mikroskopie. Mr. Thomas Taylor, Mikroskopist des Agrikultural-Departements zu Washington, weist auf die Möglichkeit hin, Verbrecher, besonders Mörder, zu identifiziren, indem man die Spuren, welche ihre Hände auf einem Gegenstande zurückgelassen haben, mit den Wachsabdrücken vergleicht, die man von den Händen Verdächtiger genommen hat. Die mikroskopische Untersuchung der Spuren, die blutige Hände bei Mordanfällen hinterlassen, würde besonders zur Entdeckung des Verbrechers führen können. (Berl. Tageblatt.)

5. Dr. Doc. (Boston.) Subcutane Injectionen von Chloroform gegen Herpes Zoster. (Boston med. and. Surg. Journal 1877 October.)

Bei einem Kranken von 23 Jahren, stellte sich am 10. Tage einer doppelseitigen, in der Höhe der Brustwarzen fixirten Intercostal-Neuralgie, rechts eine Eruption von Herpes ein. Von da ab beschränkte sich der seither sehr heftige Schmerz nur mehr auf den Ausschlag und strahlte von da aus nach der rechten Achsel und dem Arme bis zum Ellbogen. Das Allgemeinbefinden war nicht gestört. Am selben Abend und am folgenden Morgen wurde auf der rechten Seite eine subcutane Injection von je 15 Tropfen Chloroform gemacht. Nach der dritten Injection wurde der Schmerz entschieden mässiger, und verschwand dann ganz, während der Ausschlag schnell abheilte.

6) Rossander (Verhandl. der schwedischen Gesellschaft der Aerzte. Hygiea 1877. S. 7 nach Hirschberg's Centralblatt) theilt den äusserst seltenen Fall des Vorkommens von Herpes zoster ophthalmicus mit, bei dem nur der unterste Ast des nervus infratrochlearis mitafficirt war.

7. N. Feuer (Szemészet 1877 N. 6, nach Hirschberg's Centralblatt) beobachtete nach 7jährigem Bestehen eine Oculomotorius-Paralyse, die gleich nach ihrem Auftreten vergeblich wochenlang auf electrotherapeutischem Wege behandelt worden war und zu ausgeprägtem Strabismus divergens geführt hatte, durch die Behandlung mit subcutanen Strychnininjectionen (von 0,003—0,01) in 6 Wochen Heilung bis auf eine geringe Parese des ramus internus, die indess wieder stereoskopisches Sehen erlaubte.

Dr. Nieden (Bochum).

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT

für

# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt

von

**Dr. med. A. ERLENMEYER,**

dirig. Arzt der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — $1\frac{1}{2}$ Bogen stark.**

Preis des Jahrgangs 6 Mark.

Nur durch die Post zu beziehen. — Insertionspreis auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 4. 1. Jahrgang. 1878.**


## Zur Erb'schen „Mittelform" der Poliomyelitis anterior chronica.


Von Dr. G. SALOMON in Hamburg.


In Bezug auf den in Nro. 3 d. Bl. enthaltenen Aufsatz des Herrn Prof. Erb, eine „Mittelform" der Poliomyelitis anter. chron. betreffend, erlaube ich mir darauf aufmerksam zu machen, dass ich bereits einen der dort aufgestellten Form ganz analogen Fall in Nro. 39 der *Berliner Klin. Wochenschrift* von 1877 veröffentlicht habe. Es ist der dritte der dort mitgetheilten 4 Fälle, und in seiner Genese, in seinem Verlaufe, den Symptomen etc. bis auf einen, allerdings wichtigen, Punkt mit den neuen Erb'schen Fällen übereinstimmend. Dieser Punkt bezieht sich auf die elektr. resp. galvan. Reaktionen. In meinem Falle trat im weiteren Verlaufe der Krankheit zwar nicht die von Erb als „Entartungsreaktion" characterisirte Reaktionsform auf, — nur die träge und langsam erfolgenden Zuckungen erinnerten daran. AnSZ übertraf jedoch nicht KaZ — wohl aber wurde das von Benedikt als „*Erschöpfungsreaktion*" bezeichnete Phänomen beobachtet. Da der Verlauf dieses Falles, obwohl die Symptome Anfangs gering waren, und wegen der zuerst sich einstellenden Besserung die Prognose nicht ungünstig gestellt werden konnte, dennoch, wie ich jetzt hinzufügen kann, ein letaler war, — er endigte unter den deutlichsten Zeichen der Bulbärparalyse, die ja auch in einem der Erb'schen Fälle drohten, so zeigt dies, wie die grössere oder geringere Intensität der galvanischen Reaktionsphänomene hier nicht absolut charakteristisch und von sicherer prognostischer Bedeutung ist, und gerade die Verschiedenheit meiner Fälle mit den bisher mitgetheilten in Bezug auf chro-

nische Entstehung, meist guten Verlauf und elektrische Reaktionen war denn auch für mich die Veranlassung zur Veröffentlichung derselben geworden.

Hamburg, den 19. März 1878.

---

## Bemerkungen zu der vorstehenden Mittheilung des Herrn Dr. Salomon.

Von W. ERB.

Ich zweifle nicht, dass solche Krankheitsformen, wie ich sie in der Märznummer dieses Blattes kurz beschrieben habe, von Beobachtern schon früher gesehen, und wohl auch beschrieben worden sind; ich könnte mehrere Fälle aufzählen, welche *wahrscheinlich* zu meiner „Mittelform" gehören; ich halte es auch für *möglich*, dass der von Herrn Dr. Salomon beschriebene Fall, der mir sehr wohl bekannt war, hierher gehört. Doch kommt es meines Erachtens nicht darauf an, solche Fälle zufällig zur Beobachtung zu bekommen, sondern mehr darauf, an denselben gewisse Eigenthümlichkeiten und Merkmale zu entdecken und genauer zu präcisiren, welche eine sichere Unterscheidung von anderen, *sehr ähnlichen* Krankheitsformen gestatten. Als ein solches Unterscheidungsmerkmal habe ich in meinen Fällen die „partielle Entartungsreaction" (so will ich in Zukunft jene charakteristische Form der Entartungsreaction nennen, bei welcher die Erregbarkeit der motorischen Nerven ziemlich intact bleibt) aufgestellt, welche hier in sehr verbreiteter Weise auftritt. Dieses Merkmal ist in dem Falle vom Collegen Salomon *nicht* constatirt worden, ja, es sind die Spuren desselben, die sich gefunden haben, gar nicht genauer verfolgt worden. Damit wird, so glaube ich, die Frage der Zusammengehörigkeit mit meiner „Mittelform" einfach nicht discussionsfähig. Und selbst wenn sie dies wäre, würde ich wegen der gefundenen Hauthyperästhesie, wegen der streng einseitigen Lokalisation der Lähmung, wegen des späteren völligen Erlöschens der faradischen Erregbarkeit am Unterschenkel und wegen des rasch unter bulbären Symptomen eigetretenen lethalen Ausganges Bedenken tragen, jenen Fall so ohne weiteres hierher zu rechnen.

Ich möchte diesen Anlass ergreifen, um wiederholt und dringend zu bitten, es mit der Diagnose neuer klinischer Symptomenbilder nicht allzu leicht zu nehmen und vorläufig nur die reinen und scharf characterisirten Fälle mitzutheilen, bis einmal das Krankheitsbild genügend fixirt ist. Die Erfahrungen, welche man seiner Zeit mit der Tabes und der progressiven Muskelatrophie, und in unsern Tagen mit der atrophischen Spinallähmung, der Athetose, der spastischen Spinallähmung u. s. w. gemacht hat, könnten als Warnung dienen. Diese Krankheitsformen sind mit so vielen anderen, mehr oder weniger ähnlichen und zum Theil recht unähnlichen Krankheiten zusammengeworfen worden, dass es nicht wenig Mühe gekostet hat, sie von den mannigfachen unlauteren Anhängseln frei zu machen und die Krankheitsbilder in ihrer Reinheit herzustellen. Diesem

Uebelstand gegenüber kann nur die grösste Präcision und Vorsicht in der Diagnose und eine gewisse Reserve in der Publikation der Fälle hülfreich sein.

Im Uebrigen möchte ich bitten, meine ausführlicheren Mittheilungen über die neue Krankheitsform zu erwarten.

Heidelberg, den 21. März 1878.

# Referate.

1) **M. Rosenthal**: Die Diagnostik und Therapie der Rückenmarks-Krankheiten nach dem heutigen Standpunkte.

(„Wiener Klinik" Januar Februar 1878.)

R. hat in dem vorliegenden, 68 grosse enggedruckte Seiten umfassenden Vortrage eine ausführliche und dabei doch gedrängte Uebersicht sämmtlicher uns bis jetzt bekannten Formen von Erkrankungen des Rückenmarks gegeben, und was rühmend hervorzuheben, durchaus „nach dem heutigen Standpuncte" der Wissenschaft. Sed cui bono? Wäre das vorliegende Heft lediglich für die Zuhörer der an der Universität gehaltenen Vorträge des Verf. als Erinnerungsgabe gedruckt, so könnte Niemand etwas dagegen einwenden. Jene würden sehr wohl im Stande sein aus ihrer Erinnerung an die lebendige Darstellung und die stattgehabten Demonstrationen von Abbildungen etc. das dürre Skelet zu einem lebendigen, greifbaren Bilde zu ergänzen. Nicht so der practische Arzt, namentlich der ältere, für welchen die Vorträge der „Wiener Klinik" ja wohl bestimmt sind. Für ihn muss das Durchlesen eines solchen Vortrages etwas sehr Ermüdendes haben und trotz aller angestrebten Klarheit vieles Unverständliche bieten. Ref. kann nicht umhin, es als ein verfehltes Unternehmen zu bezeichnen, wenn man in dieser Form der Darstellung, welche an einen Auszug aus einem grösseren Werke, an ein Compendium, erinnert, sich bemüht, grosse Abschnitte der Pathologie wie comprimirtes Gemüse zu behandeln und als solches, ohne weitere Zubereitung, dem Leser vorzuhalten. Dr. Seeligmüller (Halle).

2) **Kahler** und **Pick** (Prag). Ueber combinirte Systemerkrankungen des Rückenmarks.

(Arch. für Psychiatrie VIII. 2.)

Die Verfasser beschreiben einen sehr interessanten Fall von gleichzeitiger Erkrankung mehrerer Fasersysteme des Rückenmarks.

Bei einer mangelhaft entwickelten phthisischen Patientin trat zur Zeit der Pubertät eine langsam sich steigernde Bewegungsschwäche der untern Extremitäten ein. Eine Affection beider Fussgelenke, deren spinale Natur die Verf. selbst für zweifelhaft hielten, ging ihr voran. Sechs Jahre später griff die Schwäche auf die obern Extremitäten über und es stellte sich ein eigenthümliches Schwanken derselben bei complicirten Bewegungen ein. Die Sprache wurde langsam, häsi-

tirend. Die Sensibilität, die Funktionen von Blase und Mastdarm waren völlig intact, die faradische und galvanische Erregbarkeit der befallenen Muskeln vermindert. Dauernd war die Pulsfrequenz ausserordentlich hoch, sie schwankte zwischen 104 und 140. Gegen Ende des Lebens stellten sich eigenthümliche Exspirationskrämpfe (Bronchokrisen Fereol's) und Cheyne-Stokes'sches Respirationsphänomen ein. Die Autopsie ergab: Kindliche Dimensionen des Rückenmarks, graue Degeneration der Pyramidenbahnen (die rechte war unvollkommen, die linke vollkommen gekreuzt), der Goll'schen Stränge und der Grundbündel und der Kleinhirnseitenstrangbahnen. Die Clark'schen Säulen sind kaum angedeutet und dies spricht für den von Flechsig behaupteten Zusammenhang derselben mit den Kleinhirnseitenstrangbahnen.

Die Verf. nehmen eine angeborene Anomalie des Rückenmarks an, sie halten es für wahrscheinlich, dass die erkrankten Systeme auf einer unvollkommenen Stufe der Markscheidenbildung stehen geblieben sind, und dass in diesen von vornherein mangelhaft entwickelten Partieen sich secundär Sklerose ausgebildet habe. Sie glauben dass ihr Fall analog sei dem von Schultze untersuchten Fall, einer von Friedreich's bekannten hereditären Ataxien. Die anatomischen Verhältnisse des Rückenmarks waren auch in beiden Fällen vollkommen identische, bis auf eine bei Schultze vorhandeneRanddegeneration. Die Verf. bekämpfen die Anschauung Friedreich's und Schultze's die die Ausdehnung der Affektion auf Querleitung in der weissen Substanz oder in der Pia zurückführen wollen und sehen in ihr auch eine combinirte Systemerkrankung. Auch in der Symptomatologie wollen sie die Analogie zwischen beiden Fällen nachweisen, jedoch, wie es scheint, mit sehr viel weniger Glück. An Stelle der ausgesprochenen Heredität, die die Fälle Friedreich's auszeichnet, setzen die Verfasser eine durch die phthisische Mutter überkommene „schlechte Anlage;“ die von den Verf. angenommene mangelhafte Bildung des Rückenmarks wird mit dieser allgemeinen Schwächlichkeit durch Vererbung in Beziehung gesetzt. Die Zeit des Krankheitsbeginns und der Verlauf des Leidens stimmte im Wesentlichen mit den Angaben Friedreich's überein. Es fehlte in dem Krankheitsfalle hingegen fast vollkommen die den Friedreich'schen Fällen so eigenthümlich verbreitete Ataxie. Die untern Extremitäten hatten niemals Störungen der Coordination gezeigt und die Verf. beziehen diese Abweichung auf die bestehende hochgradige motorische Schwäche, aber auch das Schwanken der oberen Extremitäten, das bei complicirten Bewegungen eintrat, hatte mit echter Ataxie wenig Aehnlichkeit und wird von den Verf. auch nur mit grosser Reserve in dieser Richtung verwerthet. Auch die Sprachstörung war keine ataktische, wie sie in den neuern Beobachtungen Friedreich's beschrieben wird und der ataktische Nystagmus fehlte völlig. Andererseits zeichnete sich der Fall den Fällen Friedreich's gegenüber durch die hochgradigste Anaemie und Abmagerung aus, die Verf. sehen hierin eine Folge der tuberkulosen Darmaffection. — Hervorzuheben ist ferner noch das vollkommene Fehlen von Contracturen und Muskelspannungen trotz der ausgebreiteten Erkrankung der Seitenstränge. —

Prof. Lichtheim. (Jena.)

---

3) **Westphal**: Casuistik (aus der Nervenklinik der Berliner Charité). (Charité-Annalen, III. Jahrgang (1876). Berlin, Hirschwald, 1878)

*I. Zwei Fälle von Sclerodermie.*

W. berichtet über zwei Fälle von *Sclerodermie*, von denen der eine zur Autopsie kam und ausser fibröser trabeculaerer Myocarditis, ausser multipler partieller interstitieller Nephritis eigenthümliche *knotige Indurationen der Hirnwindungen*, besonders in der ersten Frontalwindung und im linken Temporallappen zeigte. Es fehlen übrigens diese Indurationen auch an den übrigen Abschnitten der Hirnwindungen nicht. Die Rindensubstanz ist an solchen Stellen auf dem Querschnitt weisslichgrau, wachsartig verfärbt, die Grenze zwischen ihr und der Marksubstanz vielfach verwischt; auch in der letzteren graurothe derbe Heerde. An derartigen Partien zeigen sich mikroskopisch enorme Anhäufungen von Kernen; in der Rindensubstanz, welche schon im frischen Zustande eine solche Consistenz hatte, dass sie die Anfertigung mikroskopischer Schnitte gestatte, zeigten sich neben zahlreichen normalen Ganglienzellen ebenfalls auffallend zahlreiche Kerne. — W. betrachtet diesen Hirnbefund als Theilerscheinung des allgemeinen, der Sclerodermie zu Grunde liegenden Krankheitsprocesses, nicht etwa als die Ursache der Sclerodermie. — Trotz der gefundenen Hirnanomalie waren keine nennenswerthen Cerebralsymptome vorhanden gewesen; nur war die Intelligenz der Patientin "ziemlich beschränkt."

Der zweite Fall W's. war mit *Muskelatrophie* besonders der Schultern kombinirt, einer nach W. bisher noch nicht beobachteten Complication. Eine Untersuchung der Muskulatur und ein Sectionsbefund liegen nicht vor.

II. In einem Falle von *Paralysis agitans* bei einer 55jährigen Frau waren nicht nur Zitterbewegungen in den linken Extremitäten, sondern auch der *Unterkiefer- und Mundmuskulatur*, und ausserdem des *Kopfes* vorhanden. Letztere konnten nicht als mitgetheilte Bewegungen angesehen werden. Unter zunehmender Schwäche der vorzugsweise am Zittern betheiligten Extremitäten und *deutlicher Abmagerung* derselben und nach Eintritt von Decubitus an verschiedenen Körperpartien starb die Kranke. Die *mikroskopische* Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks, sowie eine *vorläufige* Untersuchung des erhärteten Rückenmarkes und der Med. oblongata ergab ein negatives Resultat. —

(Abgesehen von der Betheiligung der genannten Kopfmuskeln am Zittern, und abgesehen von der ungewöhnlichen Muskelatrophie weicht das von W. geschilderte Krankheitsbild nicht unerheblich noch dadurch von dem von Charcot für die Paralysis agitans gegebenen Bilde ab, dass schon frühzeitig, *vor* dem Eintritte von Tremor in der linken Unterextremität, in dieser eine *starke Parese* sich einstellte, so dass die Kranke nicht gehen konnte, dass ferner auch die Kraft der linken Hand, besonders der Händedruck, schon frühzeitig *erheblich gering* war, dass weiter das Zittern der Hand nur bei *länger* dauernden intendirten Bewegungen (z. B. beim Halstuchknüpfen, nicht aber beim Fassen eines Gefässes) aufhörte, und dass endlich

im linken Beine das Zittern *nicht perpetuell* in der Ruhe stattfand, sondern — während des ganzen Krankheitsverlaufes — nur bei Anlässen, die einen starken Kraftaufwand erfordern z. B. beim Aufsitzen oder bei psychischen Erregungen. Ref.)

*III. (Sogenannte Seitenstrangsclerose?) Allmälig entstandene Paraplegie mit Rigidität. Sehr bedeutende Besserung, Wiedererlangung der Fähigkeit zu gehen, Schwinden der Rigidität.*

W. giebt die Krankheitsgeschichte eines 18jährigen Buchdruckers, welcher etwa 1 Monat nach einem Trauma (Fall auf die Kniee und die vorgestreckten Arme) allmählig sich steigernde Schwäche und Schmerzen im *linken Bein,* nach zwei Monaten dieselben Symptome am *rechten Bein* bekam. Später *Paraplegie* mit *Rigidität der Muskeln;* keine Störungen der Blasen- und Mastdarmfunction; beiderseits „Fussphaenomen" in sehr exquisiter Weise; beim Herabziehen der Patellae Zitterbewegungen des Quadriceps. Die *Sensibilität erheblich alterirt,* und zwar an beiden Unterextremitäten, sowohl an den Ober- als an den Unterschenkeln, sowohl für den Tast- als für den Temperatur- und Drucksinn. Die Arme frei. Rückenwirbelsäule normal; keine Rückenschmerzen. Später — etwa 1 Jahr nach Beginn der Erkrankung — Scoliose des Lendentheils der Wirbelsäule nach links, die als secundäre betrachtet wird. Nach etwa einjähriger Dauer der genannten Symptome allmählig eintretende fortschreitende *Besserung,* zuerst der Sensibilität, dann auch der Motilität und der Rigidität. Auch die Verkrümmung der Wirbelsäule verliert sich; Pat kann wieder allein gehen, ermüdet aber noch leicht. —

W. reiht den geschilderten Krankheitsfall unter die Fälle der neuerlich beschriebenen *spastischen Spinalparalyse* ein, als deren anatomisches Substrat von gewisser Seite eine primaere Seitenstrangsclerose angesehen wird. W. glaubt, dass dieses Krankheitsbild auch bei sehr verschiedenen Rückenmarksaffectionen vorkommen kann z. B. in manchen Fällen von Wirbelerkrankung. Er bestreitet, dass die Affection der Seitenstränge *konstant* Rigidität der Muskulatur der unteren Extremität nach sich ziehe.

(Unzweifelhaft enthält der mittgetheilte Fall das Bild der „spastischen Spinalparalyse," aber nicht *nur* dasselbe; es sind ausserdem noch *erhebliche Sensibilitätstörungen* vorhanden, die bei der typischen Form der genannten Krankheitsform fehlen. Vieles deutet auf eine Compressionsmyelitis hin. Jedenfalls muss nach unsern bisherigen Erfahrungen angenommen werden, dass abgesehen von einer etwaigen, übrigens wahrscheinlichen, Mitbetheiligung der Seiteitenstränge, in dem W'schen Falle ausser denselben noch andere Abschnitte des Rückenmarkquerschnittes affizirt sein mussten, da hochgradige Sensibilitätsstörungen bei Affection der Seitenstränge *allein* zu fehlen pflegen. Ref.) Dr. Schultze (Heidelberg).

---

4) **Pick** (Prag.) Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems.

(Arch. für Psychiatrie VIII. 2.)

Unter diesem Titel bringt der Verf. eine Reihe kleinerer Mittheilungen.

1) In dem Rückenmarke eines Falles von progressiver Muskelatrophie fand sich neben dem typischen Befunde*) eine Heterotopie grauer Substanz im linken Hinterstrange des oberen Lendentheils. Für das unbewaffnete Auge markirte

*) Vergl. dieses Blatt, Probenummer, pag. 9.

sich dieselbe nach der Härtung (Chromsalz) als ein kleiner heller Punkt, dessen Längsausdehnung kaum 1 Mm. betrug. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Struktur derjenigen der substantia gelatinosa Rolando ähnlich war.

2) Verf. fand, dass ein doppelter Centralkanal durch Abschnürung des Recessus eines buchtigen Centralkanals zu Stande komme, und dass auf diese Weise durch Abschnürung zweier Divertikel unter Umständen auch ein dreifacher Centralkanal entstehen könne. Betreff der Zeit, in der diese Abschnürung eintritt, hält Verf. an der von ihm schon früher geäusserten Ansicht fest, dass dies im Embryonalleben geschehe.

3) Verf. konnte die Beobachtung Beisso's bestätigen, dass auch Protoplasmafortsätze der grossen Ganglienzellen der Vorderhörner sich an der Bildung der vorderen Wurzeln betheiligen. Gleichzeitig mit dem sich theilenden Protoplasmafortsatz entsendete die Ganglienzelle noch einen ungetheilten zur vordern Wurzel, den der Verf. für den Axencylinderfortsatz ansieht.

4) Verf. fand im Uebergangstheil zwischen Brust- und Lendenmark in der hintern Partie des Vorderharns dicht am innern Rande desselben eine kleine Gruppe meist dreieckiger (oft vier- seltener fünfeckiger) Ganglienzellen, die in der Regel 2 Fortsätze zur vordern Commissur, einen zum Vorderhorn schickten. In den vordern Theilen des Marks fehlte die Gruppirung der Zellen, doch wurden stets Zellen gefunden, welche die Verbindung zwischen vorderer Commissur und Vorderhörnern vermittelten.

5) Verf. theilt einen Fall von Sclérose latérale amyotrophique mit, der sowohl in klinischer wie anatomischer Hinsicht sehr sorgfältig beobachtet ist. Abgesehen hiervon ist der Fall bemerkenswerth, weil die Affektion der Seitenstränge sich vollkommen innerhalb der Grenzen der Pyramidenbahn hielt. Die von den vordern Wurzeln durchsetzten Abschnitte der Vorderstränge waren in mässiger Weise betroffen, genau wie dies Charcot in einem Falle vom primärer progressiver Muskelatrophie beschrieben hat. Die Vorderhörner zeigten neben dem vorgeschrittenen Schwunde der Ganglienzellen, eine reichliche Wucherung von Spinnenzellen, ein Befund, den Verf. für einen Beweis dafür ansieht, dass in der grauen Substanz zuerst die Zellen, dann erst das Zwischengewebe erkrankt. Sehr auffallend ist es, dass nicht nur die Affektion der grauen Substanz und der Zonae radiculares anteriores, sondern auch der Process in den Seitensträngen am stärksten in den Anschwellungen, am schwächsten in der Mitte des Dorsalmarks ausgesprochen war. Es steht dies mit unseren Kenntnissen über die Pyramidenbahnen und mit den bisherigen Befunden im Widerspruch.

Auch der klinische Theil der Beobachtung bietet eine sehr wichtige Thatsache: das vollkommene Fehlen der Contrakturen und Muskelspannungen, die man bisher als der Seitenstrangaffection zugehörige typische Symptome zu betrachten gewohnt war. Für die Annahme des Autors, dass das Fehlen derselben dem Vorgeschrittensein der Muskelatrophie zuzuschreiben sei, eine Annahme, die er übrigens selbst nur mit der grössten Reserve äussert, bietet die Anamnese wenig Halt. —

Prof. Lichtheim (Jena).

---

### 5) Gallopain. Krankheitsgeschichte und Gehirnbefund eines Epileptischen.

(Le progrès med. 1878. 2.)

Es handelt sich um eine hochgradig schwachsinnige Person, 39 Jahre alt, vom 13. Jahre an epileptisch, die von sonstigen pa-

thol. Symptomen nur leichte Behinderung der Sprache und leichtes Nachschleppen des linken Beines zeigte. Im Mai 1877 klagte sie Kopfschmerzen, von Mitte Juni an wurde sie somnolent, erbrach häufig und blieb beinahe dauernd somnolent bis 26. August, wo ein Aderlass gemacht wurde. Das Sensorium wurde freier, eine rechtseitige Hemiplegie mit Hyperaesthesie besserte sich auch ein wenig, am 29. September trat von Neuem Somnolenz und am 14. October Tod ein.

Es fand sich nun an dem rechten Scheitelbeine eine 6 Ctm. lange, 4 Ctm. breite Hervorwölbung und dieser entsprechend ein perencephalischer Heerd von derselben Ausdehnung an Stelle des Lobul. parital. inferior u. Gyrus tempor sup. Die Insula zeigte keine Windungen sondern völlig glatte Oberfläche. Die sonstige rechte Hemisphäre war normal.

Links fand sich ein Cancer encephaloide von Kastaniengrösse in der Substanz der ersten und zweiten Frontalwindung, mit Durchbruch in die Seitenventrikel und Erweichung der Substanz in der Umgebung. Dr. Karrer (Erlangen).

---

6) **Rheins** (Neuss), Fall von Reflexepilepsie, geheilt durch Entfernung des Fremdkörpers.

**(Allg. Med. Central-Zeitung 1878. Nro. 23.)**

Dem Schlossergesellen J. K. drang am 16. November 1876 ein Gusstahlsplitter in den linken Handrücken in der Nähe des Köpfchens des Ringfingermetacarpus. Versuche den Splitter zu entfernen mussten wegen Nähe des Gelenkes aufgegeben werden; die kleine Wunde heilte schnell. Am 14. März 1877 gegen Mitternacht erster, gegen 6 Uhr früh zweiter epileptischer Anfall. Verf. fand den Patienten noch unbesinnlich, und unvermögend die an ihn gerichteten Fragen zu beantworten. Puls, Respiration und Herztöne normal. Nach dem um 6 Uhr stattgehabten Anfalle kam Patient erst gegen 10 Uhr zur Besinnung und klagte dann noch über Schwere im Kopf. An der linken Hand fand sich der Stelle der früheren Verwundung entsprechend ein kleines schwarzes Pünktchen, auf welches eingeschnitten wurde. Der Splitter, 1 Cm. lang und 1/2 Mm. breit, mit zackigen Rändern und scharfen Spitzen wurde dann extrahirt. Seit dieser Zeit ist Pat. von epileptischen Anfällen frei geblieben.

---

7) **M. Charcot**: Des troubles de la vision chez les hysteriques.

**(Le Progrès medicale 1878, Nro. 3.)**

Bei Hemianaesthesie beobachtet man häufig Amblyopie, sei es beider Augen, des gleichseitigen oder entgegengesetzten Auges. Diese Art Amblyopie ist, wie zuerst Galezowsky nachgewiesen hat, mit Dyschromatopsie oder Achromatopsie verbunden. Die Störungen des Farbensinnes bestehen in mehr minder ausgesprochener concentrischer Einschränkung des Gesichtsfeldes für die einzelnen Farben; zuerst schwinden die centralen, während die am meisten

nach der Peripherie sich ausdehnenden, Gelb und Blau, am längsten sich erhalten. Ausnahmsweise kommt es vor, dass während diese beiden Farben nicht mehr gesehen werden, Rothsehen noch erhalten ist; aber Violett und Grün schwinden immer, bevor die andern Farben schwinden. In den höhern Graden werden keine Farben percipirt, wohl aber die Formen noch gesehen, es zeichnen sich die Gegenstände Grau in Grau, oder wie auf einem Sepiagemälde. Nur ganz selten kommt es zu völliger Amaurose. Der Augenspiegel vermag keinerlei Abnormität des Augenhintergrundes nachzuweisen.

Der allgemeine Character der hysterischen Symptome, die classische Beweglichkeit ist auch diesem Symptome eigen. Das Verhältniss zu den Krampfanfällen ist ein verschiedenes; die Störung des Farbensehens kann Vorläufer- Begleit- oder Folgeerscheinung sein. Da aber diese Symtome nicht der hysterischen Hemianaesthesie allein zukommen, sondern auch bei cerebraler Hemianaesthesie beobachtet werden, wo Laesionen des hintern Theiles der Capsula interna gefunden werden, so wird anzunehmen sein, dass auch bei der hysterischen Hemianaesthesie, wo durch die Untersuchungsmethoden keine Veränderung der Gehirnsubstanz nachgewiesen werden kann, es sich um pathologische Vorgänge im Bereich der Capsula int. handelt.

Ausser den Störungen des Farbensinnes kommen noch häufig Gesichtshallucinationen vor und zwar nicht nur während des hysterischen Deliriums, sondern auch in den freien Intervallen, als Folge- oder Vorläufererscheinung von convulsivischen Anfällen. Die Kranken sehen allerlei Thiere, vornehmlich Ratten, seltener sehen sie grimmassenschneidende Köpfe. Die Erscheinungen entsprechen der Seite der Hemianaesthesie und schwinden in der Regel beim Fixiren.

Diese beiden Arten von Sehstörungen sind die häufigsten, sowohl bei Hysteroepilepsie, wie gewöhnlicher Hysterie. Andere, wie Accomodationsstörungen, Diplopie etc. kommen wohl auch vor, sind aber viel seltener. Dr. Karrer (Erlangen).

---

8) **A. Schreiber** (Augsburg): Veränderungen des Augenhintergrundes bei internen Erkrankungen.

(Deutsches Arch. für kl. Medicin XXI. Bd. 1. Heft Fortsetzung und Schluss.)

Bei Encephalitis findet sich häufig Neuroretinitis ausgesprochen, doch nicht constant; ebensowenig ist dieses der Fall bei Hirnabscessen, während die multiple inselförmige Sclerose häufiger Störungen in dem externen und internen muscul. Bewegungsapparate des Auges setzt. — Im ersten Stadium des Hydrocephalus ist ein hyperämischer Zustand der Papille ziemlich constant, der entweder zu dem Bilde der Stauungspapille sich weiter entwickeln, oder auch direct in weisse Atrophie der Sehnerven übergehen kann. Manche Fälle angeborener Erblindung mit dem Befunde der Sehnervenatrophie lassen sich auf Hydrocephalus internus zurückführen. —

Die eigentliche Stauungspapille, bei der dieselben trübe, geschwellt, geröthet, nicht abgegränzt, mit zahlreichen geschlängelten Venen, engen Arterien und reichlich kleinen Blutextravasaten be-

deckt erscheint, findet sich hauptsächlich bei Hirntumoren. Jakson fand 23 Fälle einer solchen, 17mal durch Tumoren, 3mal durch Abscesse, 2mal durch Blutungen verursacht; Heintzel bei 14 Fällen von Gehirntumoren 5mal Neuroretinitis, 2mal Neuroretinitis mit Atrophie, 4mal Sehnervenatrophie, 3mal normale Verhältnisse, ja Annuske stellt auf Grund von Beobachtungen an 43 Fällen die Behauptung auf, dass Neuritis optica eine fast ganz ausnahmslose und constante Begleiterin der Hirntumoren sei, und somit den ersten Rang unter sämmtlichen Symptomen intracranieller Neubildungen einnehme, eine Behauptung, der die Reich'sche Statistik von 88 Fällen mit 95,4% Stauungspapille oder Atrophie im Gefolge, entspricht. — Von Interesse ist betr. die Art der Tumoren die Beobachtung von Holmes, der Neuritis in 3 Fällen von intracraniellen Aneurysmen constatirte; im übrigen haben Art, Sitz, Grösse und Schnelligkeit des Wachsthums der Tumoren keinen besonderen Einfluss auf die Genese der Neuritis. Nach Galezowski fanden sich unter 344 Fällen 140mal Sehstörungen, 19mal normales Verhalten, am häufigsten 19mal erstere bei Tumoren des Kleinhirn, 14mal bei solchen der corp. striata, 11mal bei solchen der vorderen Gehirnlappen, 12mal bei solchen der protub. annularis, 6mal bei Tumoren der Convexität und 5mal bei Basaltumoren; doch liegen auch Beobachtungen vor, wo vollständige Norm des Sehvermögens bei hochgradigen pathol. ophthalmoskop. Veränderungen des Augenhintergrundes gefunden ward. Differenziell diagnostisch ist das *einseitige* Auftreten der Stauungspapille characteristisch für eine extracranielle Ursache.

Bei Geisteskrankheiten variiren die Angaben der Beobachter betr. Häufigkeit interner Erkrankung des Auges sehr, indem einige fast durchaus immer einen negativen, andere wieder häufig einen pathologischen Befund als Hyperaemie, Atrophie oder Neuritis der Sehnerven constatiren. Klein fand unter 134 Fällen 31mal diesen Zustand vor, während in 58 Fällen ein höchst characteristisches Bild einer Retinitis paralytica beobachtet wurde. Diese Retinalaffection ähnelt den physiologisch senilen Veränderungen in der retina, wie sie sich darstellen als diffuse, feine Trübung der retina und des opticus, die die Gefässe schleierartig verdeckt, und die Papillengränze verschwommen erscheinen lässt, während in andern Fällen die Arterien an einer oder mehreren Stellen im Retinalgebiete plötzlich erweitert und dunkler gefärbt erscheinen, also keine Erkrankung der Gefässwand sich constatiren lässt. Klein fand dieses Bild bei 18 Paralytikern, 4 Maniakalischen, 1 Epileptiker, 2 Alcoholikern, 1 Apoplectiker und 3 Verrückten, und stellt aus diesem Befunde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine analoge Erkrankung der Gehirnrinde.

Atrophie, Stauungspapille, wirkliche Retinitis sind seltene Erscheinungen, für keine Form der Psychopathie ist indess ein bestimmter Augenspiegelbefund characteristisch, noch am häufigsten finden sich positive Befunde bei Dementia paralytica, Epilepsie und Manie. Bei ersterer sind häufig die pathol. Veränderungen an opticus und retina und die dadurch verursachten Sehstörungen die ersten Symptome des Leidens die dem späteren Ausbruch der Psychose vorangehen.

Bei 264 untersuchten Paralytikern fanden sich 182mal oder in 68,9% ophthalmosk. Veränderungen des Augenhintergrundes vor während solche bei 95 Maniakalischen 55mal oder in 58% constatirt werden konnten.

Bei Epileptikern sind die Fälle von im Paroxysmus beobachteter hochgradiger Anaemie der Papille und der Netzhaut und Verengerung der Arterien zahlreicher, als die von zur Beobachtung gelangter starker venöser Hyperaemie dieser Theile, während im interparoxysmellen Zustande meist grosser, venöser Gefässreichthum und Schlängelung der Gefässe gefunden wird. Bei der einfachen Epilepsie ist gewöhnlich keine Sehnervenaffection vorhanden, vielmehr lässt eine solche stets auf grobe anatomische Veränderungen mit Raumbeschränkung des Schädelinhaltes als Ursache der Epilepsie schliessen. Mit der Intensität der Epilepsie steht indess die Intensität der Veränderungen im Augenhintergrunde in keinem gewissen Verhältniss, der Venenpuls gehört nicht zu den charakteristischen Symptomen der Epilepsie.

Bei acuter und chronischer Myelitis des Rückenmarks werden gelegentlich Atrophie und Neuroretinitis beobachtet, hier zählen die Erkrankung des opticus bei der Tabes dorsalis zu den häufigsten Complicationen, in 547 Fällen finden sich 249mal, oder in 45,5% Erkrankungen des opticus constatirt und ist hier das Verhältniss, dass Sehstörungen durch Atrophie des opticus den übrigen Symptomen der Rückenmarkserkrankung vorangehen, ein viel häufigeres als bei den Geisteskrankheiten. Bei der Chorea fand sich einigemale das Bild der Embolie der arteria centralis retinae. —

Dr. N i e d e n (Bochum).

---

9) Coffëinwirkung und -Dosis.

(Kelp, Memorabilien XXII. Jahrg. 11. Heft; Th. Husemann, Pharmac. Zeitung 1878 Nro. 17.)

K e l p verordnete einer nervösen Dame Coffëin. citr. 0,24 pro Dosi, zweimal täglich. Nach dem Gebrauche des zweiten Pulvers stellte sich eine auffallende Unruhe ein, die Kranke wurde schwindlich, konnte sich nicht aufrecht erhalten, musste sich hinlegen. Es bildete sich starke Praecordialangst aus, Herzklopfen, Abdominalpulsation, ein starkes Zittern aller Extremitäten, höhrbares Zähneknirschen, beängstigende Eingenommenheit des Kopfes, ein zusammenschnürendes Gefühl in Hals- und Nackengegend, welches sich periodisch circa alle $^1/_4$ Stunde einstellte. Puls war sehr frequent. Dieser Zustand dauerte 3 Stunden, verlor sich dann allmälig, aber die Pat. war erst nach 24 Stunden völlig erholt. K. ist überrascht über die ausserordentlich intensive Wirkung des Coffëin bei einer „verhältnissmässig nicht grossen Gabe von 0,5 pro die, und sagt: bekanntlich geben die französischen Aerzte viel grössere Gaben, fangen schon mit 0,5 an und steigen bis zu 2,0—4,0.“

Die Richtigkeit dieser letzteren Angabe zieht H u s e m a n n l. c. entschieden in Zweifel, erklärt unter Anführung eigener Erfahrung die erwähnten Intoxicationserscheinungen für durchaus keine über-

raschenden, sondern für solche, die der *vergiftenden* Dosis von 0,5 entsprechen, und betont ausdrücklich, dass die — auch in der Pharmac. Germ. pro 1878 — in allen Lehrbüchern etc. angegebenen Dosen von 0,015 bis 0,06 bis 0,12 die nicht zu überschreitenden Normaldosen des Coffëin seien.

---

10) **Barlach.** (Neumünster.) Zur Casuistik der Schädelverletzungen.

(Langenbeck's Arch. Band XXII. Heft I.)

Einem 12 jährigen Knaben geht ein Wagenrad über den Kopf, wobei ihm die rechte Hälfte der Pars frontalis des Stirnbeins aus dem Schädelgewölbe vollkommen herausplatzt. Bewustsein intact, wie überhaupt jede Störung fehlt. Verf. sieht den Knaben 2 Stunden nach dem Vorfall und findet das aus der rechten Schädelseite herausgelöste Knochenstück auf der linken Kopfseite, d. h. auf den Haaren oben aufliegen.

Das Chirurgische gehört nicht hierher; der Fall verlief durchaus günstig. Bemerkenswerth ist nur die Beobachtung die Verf. an dem freiliegenden Gehirn über die Wirkung des Chloroform auf die Gehirngefässe machen konnte: „Hier möchte ich noch einschalten dass beim Einathmen des Chloroforms—zum Zwecke des Verbandes —die Pulsationen des Gehirns auffallend stärker wurden und dass sämmtliche sichtbaren Gefässe strotzend gefüllt wurden und ein viel dunkleres Aussehen bekamen. Es hielt diese Erscheinung während der ganzen Narkose an, verlor sich erst mit dem Nachlasse derselben, kehrte, als ein neues Narkotisiren nothwendig wurde, sogleich wieder, um auch jetzt erst allmälig mit dem Wiedererwachen zu verschwinden." (Diese Mittheilung bestätigt im Wesentlichen die Beobachtungen Schüller's*) an trepanirten Kaninchen. Dieser sah „stets eine anfängliche Verengerung der Piaarterien, dann auch der Venen; dann sehr bald eine zunehmende Erschlaffung der Arterien und Venen, endlich eine starke venöse Stase, eigentlich Cyanose, die Arterien färben sich dabei ebenfalls sehr rasch dunkler.— Erst wenn reichlicher Zutritt athmosphär. Luft gestattet wird, zeiggen sich Caliberveränderungen und beginnende hellere Verfärbung.— Die Gehirnbewegungen erfolgen nach Chloroforminhalationen anfänglich in der Regel langsamer und stärker, nach längerer Einwirkung unregelmässig, endlich wieder langsam." Ref.)

---

11) **Ottomar Rosenbach** (Breslau): Experimentelle Untersuchungen über Neuritis.

(Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 1877.)

Da die früheren experimentellen Untersuchungen über Neuritis von Feinberg, Tiesler, Klemm und Niedick nicht auf mikroskopischer Durchforschung der betheiligten nervösen Organe beruhten, und da ausserdem die Einspritzung von Flüssigkeiten unter die Scheide des Nerven, wie sie besonders von Klemm geübt

*) Ueber die Einwirkung einiger Arzneimittel auf die Gehirngefässe, Berl. Klein. Woch. 1874. Nro. 25 u. 26. pag. 306.

wurde, keine auf den Nerven beschränkte Reizung, sondern Mitaffection der benachbarten Theile setzt, so hat sich R. der dankenswerthen Arbeit unterzogen, die genannten Experimente in exacterer und reinerer Form zu wiederholen.

Bei Anätzung der Ischiadici oder bei Injection reizender Flüssigkeiten in dieselbe wurde in den meisten Fällen eine käsige Auflagerung der benachbarten Muskeln erzielt, ausserdem eine *käsige Perineuritis.* Im Anfange zeigen sich innerhalb der gereizten Nervenstrecke Blutungen, später Rundzellenwucherung, aber *keine deutlichen Veränderungen der Nervensubstanz selbst.* Nach aufwärts und nach abwärts von der laedirten Stelle zeigten sich *keine* Abnormitäten am Nervenstamm, ebensowenig am Rückenmarke.

Bei *Durchziehung eines Fadens durch den Nerven* zeigte sich die Nervensubstanz selbst verändert; Rundzellen drangen zwischen die Nervenfasern ein und vernichteten einen grossen Theil derselben. Aber eine derartige Fadenneuritis blieb stets eine *lokale;* eine Fortpflanzung der Entzündung auf die benachbarten Theile, oder gar auf das Rückenmark und die Meningen liess sich niemals constatiren. Im Ganzen wurden 21 Versuche mit völlig negativem Resultate angesellt.

R. will indessen Experimente dieser Art desshalb nicht auf den Menschen und auf gewisse Krankheiten desselben ohne weiteres übertragen wissen, da man experimentell eine sogenannte Neuritis migrans nicht zu erzeugen vermöge, und da andererseits bei verschiedenen Erkrankungen des Nervensystems beim Menschen die Veränderungen am Nerven nicht lokal, sondern auf weite Strecken ausgedehnt erscheinen, ohne dass ihre migrirende Natur nachgewiesen wäre, zumal bei manchen derselben—z. B. der progressiven Muskelatrophie durchaus nicht festgestellt ist, ob es sich um entzündliche, also eigentlich neuritische, oder um degenerative Processe anderer Art handelt. Dr. Schultze (Heidelberg).

---

12) **C. Westphal:** Zur Diagnose der Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks bei paralytischen Geisteskranken.

(Arch. für Psych. u. Nervenk. VIII. Bd. 2. Heft.)

Westphal hat vor Kurzem die Thatsache berichtet, dass das Fehlen des Kniephänomens nicht nur ein Symptom der ausgebildeten Tabes ist, sondern als ein sehr frühes Symptom betrachtet werden kann, welches bisweilen schon zu einer Zeit zu constatiren ist, zu welcher andere zweifellose Symptome der Krankheit noch nicht vorhanden sind. Auch bei der Dementia paralytica zeigen diejenigen Kranken, die eine deutlich charakteristische Tabes haben, stets obiges Symptom. Für die Fälle nur, in denen die Deutung der motorischen Störung der unteren Extremitäten unklar bleibt, ist das Fehlen des Kniephänomens ein wie es scheint zuverlässiges Zeichen dafür, dass auch hier eine Affektion der Hinterstränge bis in den Lendentheil hinein besteht, — wie die Autopsie in allen derartigen Beobachtungen ergab.

Bei manchen Paralytikern, die überhaupt noch keine motorische Störung der unteren Extremitäten erkennen lassen, fehlt trotzdem das Kniephänomen: vielleicht ist dies auch hier bereits ein sehr frühes Symptom, welches auf die Entwicklung der Degeneration der Hinterstränge hinweist. —

Dr. O. Berger (Breslau.)

---

13) **C. Bonfigli** (Ferrara): Zu welchen Feldarbeiten sind Irre in den Colonien zu verwenden?

(Vortrag, gehalten beim 2. Congress ital. Irrenärzte zu Aversa im Sept. 1877. Milano, Fratelli Rechiedei, 1878, gross 8[0] 31 Seiten.)

Die Ansichten des Verf. lassen sich etwa in folgende Sätze zusammenfassen: 1) Weil Geisteskranke zu Gehirncongestionen disponiren, dürfen sie während der heissen Tageszeit nicht auf schattenlosen Feldern beschäftigt werden; aus demselben Grunde dürfen sie ebensowenig zu Arbeiten verwendet werden, wobei sie, wie bei der Maceration des Hanfes, mit dem Unterkörper im Wasser stehen, oder sonstwie einer sehr niedrigen und feuchten Temperatur ausgesetzt sind oder sich häufig bücken müssen, wie beim Früchteauflesen; 2) So viel als möglich sind solche Beschäftigungen zu vermeiden, zu denen gefährliche Instrumente nothwendig sind, besonders solche, gegen die man sich nicht wehren kann, ohne sich schweren Verletzungen auszusetzen; dahin rechnet Verfasser namentlich die Sicheln, die Hippen, die Rebmesser. Um einen offensiven Kranken leicht unschädlich machen zu können, sollten die Wärter sich auf das Fechten verstehen. 3) Am meisten empfiehlt sich darum die Arbeit im Küchengarten, wo nur gehackt, gegraben, gepflanzt und angebunden wird; weiter eignen sich für Geisteskranke folgende Beschäftigungen: Nivelliren, Rajolen, Gräbenziehen, Drainiren, Füttern der Hausthiere, Reinhaltung derselben sowie der Ställe und schliesslich Blumencultur.

Dr. Seeligmüller (Halle).

---

14) **Kahlbaum:** Die klinisch diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie.

(Volkmann: Sammlung klinischer Vorträge Nro. 126.)

Wir unterscheiden, abgesehen von selteneren Nebenformen folgende 4 Hauptgruppen: 1. Melancholie, Trübsinn, Schwermuth. 2. Manie, Tollheit, Wahnsinn, Tobsucht, 3. Moria, Verrücktheit, Verwirrtheit, 4. Demenz, Amenz, Anoja, Blödsinn oder Schwachsinn. Die klinische Umgrenzung dieser Formen ist ziemlich leicht. *Der Melancholiker* trägt den Ausdruck der Traurigkeit zur Schau, wird von traurigen Gefühlen beherrscht, denkt und handelt unter dem Einflusse derselben. In letzterer Beziehung ist er einmal still hinbrütend, niedergedrückt, wie gelähmt von der krankhaften Trauer, (passive Melancholie) ein anderes mal von dem inneren Schmerze zur Verzweiflung bis zum Selbstmord und andern Vernichtungsacten.

getrieben (active Melancholie.) *Der Maniakalische* bietet oft das Bild grosser Heiterkeit dar, er ist in fortwährender Bewegung, seine Gedanken fliessen ihm schnell ins Bewusstsein und die unwillkührliche Anregung eines Gedanken durch den andern (Ideenassociation) geht in ungewöhnlicher Fülle und hohem Phantasiefluge von Statten. Der Reflex auf die Sprechmuskeln ist ein sehr erleichterter, der Kranke möchte keinen seiner Gedanken unausgesprochen lassen, sie überstürzen sich in Hast und Fülle (Ideenflucht). Der Inhalt der Gedanken ist theils der Ausdruck einer glücklichen Stimmung, theils eines gesteigerten Selbstbewusstseins, zeigt aber meist einen grossen Wechsel der Vorstellungen und Interessen. Die Muskelbewegungen gehen ausserordentlich leicht von Statten, der Kranke entwickelt eine ungewöhnliche Kraft und eine jeder Ermüdung spottende Ausdauer. Fast in allem was der Kranke thut, zeigt sich eine grössere inhaltliche Productivität oder Ueberproduction. In *der Moria* finden wir öfters noch einige Züge der Manie, besonders das gesteigerte Selbstbewusstsein, dann aber findet sich eine grosse Einförmigkeit der Vorstellungen (fixe Ideen), oder ein mehr der Melancholie ähnlicher Stimmungscharacter, während in anderen Fällen die Stimmung mehr indifferent ist, aber die Vorstellungen durch einen grösseren Wechsel sich auszeichnen, und theils durch Unangemessenheit zu dem, was sie bedeuten sollen, theils durch Zusammenhanglosigkeit und Verworrenheit als krankhaft characterisirt sind (allgemeine Verwirrtheit). Die äussere Bethätigung ist nicht besonders characteristisch abgeändert, ausser häufig durch Unzeitigkeit und Ungehörigkeit, oder sie entspricht mehr der allgemeinen Stimmung und dem Inhalt der Vorstellungen. *Der Blödsinn* wird durch den Begriff der Schwäche aller psychischen Functionen characterisirt, der Kranke denkt wenig oder gar nicht (Gedankenarmuth und Gedankenlosigkeit) hat ein herabgesetztes Erinnerungsvermögen, die Stimmung ist meist indifferent, das Gefühlsleben kalt, (Apathie) die Phantasie lahm, die Vernunft leer, der Bewegungstrieb unterdrückt, der Kranke führt fast nur ein vegetatives Leben.

Characteristisch für alle 4 Formen ist, dass sie Veränderungen der gesammten psychischen Funktionen in allen ihren Hauptkategorien darstellen. Man (d. h. Kahlbaum) unterscheidet 3 Hauptkategorien psychischer Functionen, Gefühl, Verstand und Wille, in der Sprache der Psychophysiologie als centripetale, intra-cerebrale und centrifugale Thätigkeit zu characterisiren. Diese 3 Functionen sind so enge mit einander verknüpft, dass die Störung der einen Function sehr leicht und in der Regel Störungen der übrigen Functionen zur Folge hat. In jeder der 3 functionellen Hauptkategorien können Symptome primärer Störung auftreten, vermöge der Solidarität der psychischen Functionen zieht aber die eine Störung bald andere, die der einen Function solche in der andern nach sich, und es ist nicht immer zu entscheiden, wo der Ausgangspunkt anzunehmen ist. Darauf beruht die grosse Mannigfaltigkeit der psychischen Krankheitszustände, dass bald in dieser, bald in jener Function, bald nur in einer bald in allen dreien die Ausgangsstellen der psychischen Krankheit zu finden sind, und dass bei weiterm Verlauf

die entwickeltern Zustände trotz des verschiedenen Ausgangspunctes doch mit ganz gleichen symptomatichen Gesammtcharacteren versehen sind. Ausser dieser, auch durch die anatomische Forschung nicht gelösten Unbestimmtheit in der Begriffsbestimmung jener Hauptformen des Irrseins bedarf noch der wichtige Umstand eine Erwägung, dass öfters 2 Formen gemischt vorkommen und das gegenseitige Verhältniss beider in den betreffenden Fällen nicht zum Verständniss gebracht werden kann. Am Wichtigsten endlich ist der Umstand, dass in den meisten Fällen die eine Form nach einiger Zeit durch eine andere verdrängt wird, so dass es dann den Anschein hat, als habe der Kranke hinter einander und unmittelbar auf einander folgend an verschiedenen Krankheiten gelitten. Besonders häufig beginnt die Krankheit mit Melancholie und übergeht später in Manie, aber auch die Manie ist dann nicht anhaltend, sondern übergeht in einzelnen Fällen in Verwirrtheit und endlich hört auch dieser Zustand allmälig auf und macht einer allgemeinen Schwäche des psychischen Lebens Platz, in welcher der Kranke bis an sein Lebensende verharrt. Man kann somit einen ansteigenden und absteigenden Verlauf unterscheiden, und hat daher den Verlauf der Psychosen mit jenem der fieberhaften Krankheiten verglichen, die Melancholie entsprach dem Stadium incrementi oder evolutionis, die Manie der Acme, die Verwirrtheit dem stadium decrementi und die sog. Terminaldemenz betrachtete man als den zum Stillstand gekommenen Defect der Krankheit, stadium defectus. Demgemäss können wir aber in jenen Formen der psychischen Krankheiten nicht verschiedene Arten von Geisteskrankheiten erblicken, sondern nur verschiedene Stadien oder noch besser verschiedene Symptomencomplexe, die sie in verschiedenen Perioden ihres Verlaufs annehmen können. Als erster Hauptsatz der modernen Psychopathologie muss daher aufgestellt werden, *die sogenannten Formen der psychischen Krankheiten sind nicht die Formen der verschiedenen Krankheitsarten, sondern Formen von Symptomencomplexen* oder psychischen Gesammtzuständen. Sie bedingen für sich also keine Diagnose.

Man warf damit ziemlich die Diagnose über Bord, am weitesten ging hierin H. Neumann mit den Worten: Es gibt nur eine Art der Seelenstörung, wir nennen sie das Irresein. Statt ihr gewann aber die Prognose eine grosse Bedeutung. Es ist nämlich erwiessen, dass die grösste Zahl der Heilungen im Stadium der Melancholie und Manie zu Stande kommt, während im Stadium der Verwirrtheit nur ganz vereinzelte im Stadium der Demenz aber nie mehr Genesungen erreicht werden. Daher nannte man jene Krankheiten oder Stadien primäre, diese secundäre. Alle Geisteskrankheiten durchlaufen aber nicht dieselben Stadien, ja es kann vorkommen, dass die sog. secundären Zustände zuerst auftreten, also primäre sind, weiter gibt es aber sehr viele psychische Erkrankungen, wo überhaupt ein Wechsel gar nicht vorkommt, wo trotz der langen Dauer der Krankheit das wesentliche Bild derselben immer constant dasselbe bleibt. Dies gilt besonders von der Melancholie und der Verrücktheit. Man kann im Jugendalter an Melancholie erkranken, ein hohes Alter erreichen und in diesem noch an Melancholie leiden,

die also nicht in Manie etc. übergangen ist; es gibt ferner Verrückte die nie an Melancholie und Manie gelitten, sondern gleich an Verrücktheit erkrankten (primäre oder originäre Verrücktheit) und wo trotz der langen Dauer der Psychose kein anderes Krankheitsbild zur Entwicklung kommt. Bei der Manie kommt nie etwas Aehnliches vor, sie geht (mit seltenen Ausnahmen) aus andern Formen hervor und in andere Formen über. In jenen beiden Formen, die in constanter oder stabiler Form auftreten (Melancholie und Verrücktheit gegenüber dem wechselnden Verlauf der Manie) ist nicht der ganze Umfang des Seelenlebens ergriffen, sondern nur ein Theil, neben welchem sehr viel ganz gesunde Seelenäusserungen zu Tage treten. In der Melancholie leidet das Gefühl oder die centripetale Seelenthätigkeit, in der Verrücktheit die Intelligenz oder die intracerebrale Seelenthätigkeit; in der constanten Melancholie kann jedes andere psychische Symptom aus diesem Hauptsymptom der krankhaften Stimmung abgeleitet werden, in der originären Verrücktheit bildet die krankhafte Vorstellung den causalen Ausgangspunkt aller übrigen krankhaften Seelenvorgänge und so weit das Seelenleben nicht mit ihr in Berührung steht, zeigt es sich gesund. (Ref. braucht wohl nicht erst besonders hervorzuheben, dass diese Ansichten wohl eben so wenig allgemein anerkannt werden können, als die sog. Katatonie). Diese beiden Formen stellen einseitige oder partielle Störungen des Seelenlebens vor, und gegenüber diesen Fällen von constantem Umfang der Seelenstörung zeigt sich in der Manie als dem Repräsentanten der Fälle mit wechselndem Verlauf die ganze Breite des Seelenlebens primär afficirt, u. z. in solcher Weise, dass man entweder das einzelne Symptom gar nicht aus einem andern ableiten kann, oder aber, dass bei jeden Hauptkathegorien der Symptome der Ausgangspunkt für die übrigen anzunehmen ist. Die ganze Breite des Seelenlebens zeigt sich primär afficirt während in den vorigen beiden Formen nur eine Kathegorie primär alterirt war. (das klingt schon etwas anders und acceptabel. Ref.) Und darin liegt die zweite sehr wichtige klinische Thatsache, *die Geisteskrankheiten mit wechselndem Verlauf sind umfängliche, complexe oder relativ totale Seelenstörungen mit der Tendenz schliesslich in Blödsinn überzugehen, geistig zu degeneriren, während die Formen mit constantem Verlauf als speciale oder relativ partielle Seelenstörungen aufzufassen sind ohne Tendenz zur geistigen Degeneration.*

Diese Auffassung bedarf auch eines terminologischen Ausdruckes und es ist das Wort *Melancholie* für die Bezeichnung des Stadiums zu reserviren (die Initial- oder transitorische M.) für die Fälle mit constant melancholischem Character das Wort *Dysthymie* einzuführen. *Verrücktheit* (Paranoja) bezeichnet die originäre, constante Form, *Verwirrtheit* (Perturbation) die secundäre. Jene sind also Krankheitsarten, diese nur Krankheitszustände oder Zustandsformen.

Die Special- oder Partialstörungen sind somit *Dysthymia* Erkrankung der centripetalen Functionen und *Paranoja* Erkrankung der intracerebralen Functionen. Eine Erkrankung der dritten psychischen Hauptkathegorie, der centrifugalen Seelenfunction, characterisirt durch das krankhafte Hervortreten einzelner Handlungen —

meist verbrecherische Art — oder durch das Herrschen einzelner Triebe, die sog. *Monomanie* (Einzelwahnkrankheiten und Einzeltriebkrankheiten) wird durch die klinische Beobachtung nicht bestätigt.

Bei den complexen, umfänglichen oder Totalstörungen bilden primäre Reizerscheinungen in allen Seelengebieten die hervortretenden Charactere. Besonders sind die centrifugalen Functionen betheiligt, die bei den Partialerkrankungen so geringfügige Störungen zeigten, (verkehrtes Handeln im Einzelnen oft als gewaltthätige zerstörende Thätigkeit — Zerstörungstrieb — im Allgemeinen als unsteter Bewegungs- und Beschäftigungstrieb) die Störung greift in centrifugaler Richtung noch weiter auf die Peripherie über, und mannigfache motorische, Lähmungs- oder krampfartige Symptome in eigenthümlicher Gestaltung und meist in progressivem Weiterschreiten bilden characteristische wesentliche Begleiterscheinungen dieser Fälle. Allmälig lassen die Reizsymptome nach, und tritt äusserlich mehr Ruhe ein, während im Gebiete der intracentralen Function einförmige leichtere Reizvorgänge die Ueberhand gewinnen, es tritt das Stadium der Verwirrtheit ein. Endlich treten auch die Reizerscheinungen der intracentralen psychischen Functionen zurück und Schwächeerscheinungen in allen Seelengebieten bezeichnen die Schlussphase des ganzen Krankheitsprocesses, Terminaldemenz, Endblödsinn. Diese Fälle bieten nun eine dreifache Verschiedenheit, entweder sind sie von characteristischen Erscheinungen im centrifugalen peripherischen motorischen Nervensystem ganz frei, und stellen den einfach typischen Verlauf des complexen Irrseins dar, *typisches Totalirrsein*, Vesania typica (auch Guislain-Zeller'sche Krankheit zu benennen) oder es treten lähmungsartige, paretische und wirkliche Lähmungserscheinungen hinzu, *lähmungsartiges Totalirrsein*, allgemeine Paralyse der Irren (Calmeil'sche Krankheit) oder die Begleiterscheinungen sind mannigfache krampfartige Zustände, *Spannungs-Totalirrsein*, Katatonie (vielleicht Kahlbaum'sche Krankheit? Ref.) aus dem sog. circulären Irrsein wird endlich ein reduplicirtes typisches Totalirrsein.

Ebenso bekannt als wichtig ist der Umstand, dass Geisteskrankheiten zuweilen aus somatischen hervorgehen. Hierher gehört schon das sog. *Fieberdelirium* und das *Intoxications-Delirium* im Rausche, in der Narkose. Ganz besonders interessant sind aber die Fälle, wo ein Ausbruch der Seelenstörung vollständig an die Stelle einer in ihrem Verlauf noch nicht beendigten Krankheit tritt. Dies beobachtet man z. B. in Malariagegenden, wo statt des Fieberparoxysmus ein kurzer maniakalischer Anfall eintritt, sich in demselben Rhythmus wiederholt, wie die Fieberanfälle und durch Chinin prompt geheilt wird. Ein ähnliches vicariirendes Verhalten kommt auch auf dem Boden der rheumatischen Krankheit vor als sog. *protrahirte Form der rheumatischen Hirnerkrankung*. Hierher sind ferner die Fälle zu stellen, wo nach einer ganz bestimmten Störung innerhalb der weiblichen Sexualorgane eine Geisteskrankheit auftritt, nach Behebung jener, z. B. einer Gebärmutterknickung sofort verschwindet, aber mit dem Wiedereintritt der localen Störung sofort wiederkehrt.

Es liegt hier ein ähnliches Verhältniss zu Grunde, wie bei der sog. Reflex-Epilepsie, und wir werden diese Fälle mit Recht als Reflexpsychosen von andern Fällen und Formen zu trennen haben. Bei den Intoxications- und Malaria-Psychosen, bei der rheumatischen Affection dagegen ist der Ausgang der Psychose vom Blute, also durch einen circulatorischen Consensus zu erklären. Ein Consensus bald und bald ein Reflex gibt uns ein Verständniss dem nach Kopfverletzungen — Ohren- und Augenkrankheiten auftretenden Psychosen. Eben hierher gehören auch die luëtischen Psychosen und die in der Reconvalescenz nach constitutionellen und fieberhaften Localkrankheiten zuweilen auftretenden chronischen Psychopathien wie nach Typhus, Pneumonie etc. diese letzteren sind übrigens auch in ihren symptomatischen Zuständen eigenthümlich characterisirt. Bei den mehr acuten Fällen gehört ihr Symptomencomplex der Manie an, und diese ist ausgezeichnet durch das schroffe plötzliche Auftreten und die oft kurze Dauer. Innerhalb der Manie ist das Symptom der rapiden Wuthhandlungen besonders hervorstechend. Bei den mehr chronisch verlaufenden Fällen findet sich eine gewisse Unbestimmtheit der Ausprägung eines Krankheitsbildes, und diese beruht zum Theil auf dem Vorhandensein oft ganz entgegengesetzter Symptomencomplexe (z. B. Selbstverachtung und Hochmuth, Todesfurcht und Selbstmordtrieb etc.). So stellen diese Fälle sehr frühzeitig oder von Anfang an das Bild der Verwirrtheit mit Schwäche dar. Sehr characteristisch ist für diese Gruppe ferner das häufige Unterbrochensein der Störung durch scheinbare volle Gesundheit (lucida intervalla) oder durch einzelne gesunde Seelenäusserungen. Endlich zeichnen sie sich aus durch das Vorkommen einzelner isolirter Symptome meist aus dem Gebiete des moralischen Seelenlebens. Die Psychosen im Anschluss an somatischen Krankheiten bilden somit auch eine eigene, wohl characterisirte Gruppe, und es lässt sich daraus ferner der Satz ableiten, dass die Geisteskrankheiten nicht in allen Fällen *idiopathische oder originäre und selbstständige Gehirnerkrankungen* sind, sondern ihren Ausgangspunkt und therapeutisch wichtigsten Heerd auch ausserhalb des Gehirns haben können und diese *reflectorischen oder consensuellen Psychopathien* bilden gegenüber der Gruppe der idiopathischen Psychosen im eigentlichsten Sinne *secundäre Psychopathien.*

Endlich gibt es Geisteskrankheiten, die an *eine besondere Lebensphase* gebunden sind. Mit dem *hohen Greisenalter* ist häufig eine Schwächung und Alteration der psychischen Functionen verbunden, die nur oder hauptsächlich auf die Involution des Gehirns zurückzuführen ist. Die hochgradige Geistesschwäche beim Hydrocephalus und anderen Gehirnkrankheiten im *frühen Kindesalter* ist nicht das Resultat einer besonderen Hirnstörung, sondern des Zurückbleibens des Seelenlebens beim Stehenbleiben der Hirnentwicklung. Auch in der Zeit der *Pubertätsentwicklung* treten bestimmt characterisirte Psychosen auf; Geisteskranke dieser Art zeigen, selbst wenn sie ein hohes Alter erreichen, den Character des unentwickelten, unreifen, kindlichen und jugendhaften, bei weiblichen Kranken tritt meist ein sexuelles Element in den Vordergrund (Nymphomanie, Erotomanie)

während männliche Kranke ein eigenthümliches Gemisch von Altklugheit und Geistesschwäche, von hochfahrend ernsthaftem Interesse und kindlicher Albernheit zeigen. (Hecker's Hebephrenie.) In allen diesen Fällen ist die individuelle Gesammtentwicklung die Hauptgrundlage der Krankheit. Bei diesen auf Grundlage eines *biogenetischen Processes* entstandenen Fällen kommen sehr häufig hereditäre Momente ins Spiel und es deckt sich daher diese Gruppe ziemlich mit dem *hereditären Irrsein* der Franzosen. Auch hier handelt es sich also im eigentlichen Sinne um *secundäre Seelenstörungen*, d. h. Fälle in welchen die gesammte Seelenstörung das zweite oder nachfolgende Glied nach einer andersartigen Störung oder nach einem andersartigen Processe sich darstellt. In der vorigen Gruppe waren die Psychosen secundär gegenüber einzelnen somatisch pathologischen Processen, in der letzten Gruppe sind sie secundär gegenüber allgemeinen anthropologischen oder biologischen Processen oder Entwicklungsvorgängen des Gesammtorganismus. Wir können diesen Unterschied als pathogenetisch secundär, und anthrogenetisch oder biogenetisch secundär bezeichnen.

Fassen wir all das Vorhergehende kurz zusammen, so ergibt sich folgendes Schema:

I. Erkrankungen der psychischen Specialfunctionen, partielle oder Special-Psychosen. 1. Erkrankung im Gebiet der centripetalen psychischen Functionen (des Gefühls) Dysthymia. 2. Erkrankung im Gebiet der intra-centralen psychischen Functionen (des Denkens) Paranoia.

II. Erkrankung des gesammten psychischen Functionensystems, totale oder complexe Psychosen. 1. Das typische Totalirrsein, Vesania typica. 2. Das lähmungsartige Totalirrsein Paralysis generalis vesanorum. 3. Das krampfartige oder Spannungsirrsein, Katatonie. Diese beiden Gruppen bilden die idiogenetischen oder primären Psychopathien im Gegensatz zu den nun folgenden heterogenetischen oder secundären Psychopathien.

III. Die pathogenetisch secundären Psychosen sind reflectorisch oder consensuell von peripherischen, extra-cerebral gelegenen Körpertheilen oder von localen Hirntheilen oder von einem dem Hirn an sich fremden Krankheitsprocess erregt und die diagnostische Differenzirung derselben richtet sich nach der speciellen vorangehenden Krankheit.

IV. Die biogenetisch secundären Psychosen können auf der Grundlage anthropologischer Entwicklungsphasen oder biogenetischer Gesammtzustände entstehen und ihre differentielle Diagnosticirung richtet sich nach dem besondern die Grundlage bezeichnenden biogenetischen Process. Dr. Smoler (Prag).

---

15) **M. Motet** (Paris). Gutachten. (Nothzucht und Blutschande.)

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale, Januar 1878.)

Baron von R., 77 Jahre alt, ist des Missbrauchs seiner 3jährigen Tochter angeklagt und geständig. Der Vater des Angeklagten war ein Verschwender,

wurde schliesslich auch noch Verbrecher (lebenslängliche Galeerenstrafe). Angeklagter, geistig sehr beschränkt, das Gespötte und Spielzeug seiner Umgebung, von Jugend auf Onanist und geschlechtlich ungeheuer erregt, war sein ganzes Leben lang unselbständig und hatte nur immer den einen Wunsch — zu heirathen; aber erst im 70. Jahr erbarmte sich seiner eine 35jährige Tochter aus verarmtem, aber gutem Hause; dieser Ehe entsprossen 2 Kinder.

Ueber die That selbst verlautet im Gutachten kein Wort. Auch über den gegenwärtigen Zustand des Angeklagten finden sich auffallender Weise nur wenige Angaben, die einem erstinstanzlichen Gutachten der Dr. Dr. Magnié und Derazey entnommen sind: darunter ist die wichtigste Notiz die, dass der Angeklagte sich sehr unbefangen, sogar neugierig benehme und die Wichtigkeit weder des Verbrechens noch der über ihn verhängten Untersuchung keineswegs einzusehen vermöge. —

Aber trotz dieser etwas oberflächlichen Begutachtung und trotzdem alle die Beobachtungen, die überhaupt aufgeführt sind, ganz evident auf ein unzweifelhaftes Kranksein hinweisen, nimmt Motet Zurechnungsfähigkeit an, allerdings in etwas vermindertem Grade. —

Dr. Sury-Bienz (Basel).

---

16) **Sury-Bienz**: Ein Fall von simulirter Geistesstörung.
(Friedreich's Blätter für gerichtliche Medicin. 1878, 1, 2.)

Gegenstand dieses gerichtsärztlichen Gutachtens ist ein 22jähriger Mann, der nach allen seinen Antecedentien für ein leichtsinniges, jähzorniges, schlecht erzogenes Individuum gehalten werden muss. Zu dieser Charakteristik geben eine Reihe von Zeugenaussagen die hinreichenden Illustrationen. Nur seine nächsten Verwandten versuchten die Ansicht geltend zu machen, als habe Inculpat „zu viel im Kopf gehabt“ d. h. er sei verrückt gewesen. Seine Mitgesellen schilderten ihn als äusserst liederlich, seine 9 Meister, die er in den letzten $1^1/_2$ Jahren hatte, fügen noch den Vorwurf der Faulheit hinzu. Nach einigen wegen Strassenunfugs erlittenen Polizeistrafen wurde Heinrich Elmer wegen 7 im Verlaufe eines halben Jahres ausgeführter Diebstähle, die ihm zur Evidenz nachgewiesen wurden, inhaftirt. E. beharrte anfangs im frechen Leugnen; ein nachdrücklicher Besuch des Staatsanwalts veranlasst ihn jedoch eine Art von „Gefälligkeitsbekenntniss“ abzulegen. Vier Wochen später geberdet er sich plötzlich wie ein Verrückter, wesshalb er am folgenden Tage (7. September 1876) nach der Anstalt St. Pirminsberg gebracht wurde, wo Verf. ihn von dann ab beobachtete. Aus dem Journal entnehmen wir, dass er beständig über Schlaflosigkeit klagte, die Nachtwache ihn jedoch jedesmal schlafend fand. E. behauptet, aus St. Gallen zu sein, während sein Heimathsort im Canton Glarus liegt. Er heisst plötzlich Johann Knecht, ist verheirathet und hat ein Kind (beides unwahr). Zwei Kartenspiele die er in der Anstalt gelernt hat, spielt er vortrefflich, desgleichen Domino. Anfangs schüttelt er auf alle Fragen den Kopf — nur die Essensfrage wurde nicht verneint — bald jedoch antwortet er bedächtig mit verschmitztem Lächeln. Im

Gesellschaftszimmer führt er lebhafte und laute Discussionen, schweigt aber sofort, wenn er die lauten Tritte des Arztes auf dem Flur hört. Ist derselbe eingetreten, so zeigt er wieder sein altes, stumpfsinniges Gesicht und muss sich sogar auf seinen eigenen Namen besinnen. Bei einer ausführlichen Protokollirung am 8. Januar 1877 giebt er plötzlich wieder seinen richtigen Namen an, bestreitet, jemals mit dem Staatsanwalt in Berührung gewesen zu sein, und giebt als Ort seiner Trauung die Lorenzkirche in St. Gallen an. Er weiss, dass er im Irrenhause ist, obwohl er gesund sei; ist jedoch gern hier. Am 31. Januar erklärt er, in der Kirche Linsenbuel getraut worden zu sein; auch der Name des Pfarrers hat sich geändert. Verfasser erhält an diesem Tage den Eindruck, als ob das verschmitzte Lächeln, das E. immer zur Schau trug, einem ängstlichen Platz gemacht habe. Schlaf und Appetit sind immer gleich vortrefflich, das Aussehen ist blühend. Am 15. Mai wurde Patient zur weiteren Beobachtung und Begutachtung (die ersten Sachverständigen waren getheilter Ansicht) in die zürcherische Anstalt Burghölzli abgeführt. Hier benahm er sich ähnlich wie in Pirminsberg, zeichnete sich jedoch besonders durch Lügen über seine Vergangenheit aus, bei denen er sich aber oft in Widersprüche verwickelte. Beim Examiniren im kleinen Einmaleins macht er hartnäckige (zweifellos absichtlich!) die grössten Dummheiten; bei vielen Fragen die er falsch beantwortet, macht er ein Gesicht, als ob er das Lachen unterdrücken müsse. Am 27. Juni wurde Explorat dem Gefängniss zu St. Gallen überwiesen, da die ersten Sachverständigen in St. Gallen sich in ihrem Gutachten geeinigt hatten. Der erste Theil der von der Staatsanwaltschaft gestellten Frage wird vom Verf. nunmehr dahin beantwortet, dass p. Elmer zur Zeit der incriminirten That nicht geistesgestört war.

In den Motiven heisst es, dass p. Elmer weder erblich belastet sei, noch aus seinem früheren Leben Anhaltspunkte gebe, ihn für geistig gestört zu halten. Die zweite Frage, ob nämlich p. Elmer gegenwärtig geistesgestört sei, wird in derselben Weise verneint. Denn dass ein Mensch, der bereits eine 1½jährige Gefängnissstrafe verbüsst hatte, durch eine vier wöchentliche Untersuchungshaft geistig gestört werden konnte, ist kaum anzunehmen. Ferner war die am Tage zur Schau getragene Tobsucht Nachts immer wieder verschwunden. Am auffallendsten ist jedoch die Thatsache, dass der im Gefängniss hochgradig erregte Mensch mit seiner Ueberführung in die Anstalt sofort ruhig und still wurde. Alles dies stimmt mit dem Bild der Tobsucht nicht überein; im Gegentheil: Maniakalische werden durch Reisen eher noch mehr aufgeregt. Bei der Aufnahme bot E. ein ganz unsicheres und verschwommenes Bild dar, normales Verhalten, Verrücktheit und Blödsinn wechselten bei ihm ab. Ein transitorisches Irresein anzunehmen, fehlt jede Basis. Der Hauptpunkt jedoch, auf den jedenfalls der Explorand seine Simulation begründete, ist die Amnesie, die sich durch das ganze Krankheitsbild durchzieht. Aber die Wissenschaft kennt die Zustände von Seelenstörungen, bei welchen temporäre Amnesie wirklich vorkommt, und den Zeitpunkt, wo im Verlaufe

der Störung Selbstbewusstsein und Erinnerung wiederkehren. Den Beweis, dass E. zur Zeit der That sein Gedächtniss hatte, besitzen wir in seinen eigenen Aussagen, die er in seinem Verhör am 15. August 1876 machte. Endlich ist der Umstand, dass die Blödigkeit schon 3 Tage nach den ersten Symptomen von Irresein auftrat, ein kräftiger Beweis der Simulation, da dieser schnellé Uebergang eine Unmöglichkeit ist. Es fehlt also der gesetzmässige Verlauf und der Zusammenhang der Symptome, wie sie eine wirkliche Geisteskrankheit darbieten muss. Elmer gestand am 6. Juli Alles ein und wurde zu $4^1/_2$ Jahr Zuchthaus verurtheilt.

Dr. von der Marck (Bendorf).

---

17) **M. Motet** (Paris.) Gutachten. (Epileptiker. Mord.)
(Annales d'hygiène publique et de médicine légale, Januar 1878.)

L., 42 Jahre alt, kräftig gebaut. Früher wegen Gewaltthätigkeit bestraft. Von Jugend auf Epileptiker; wiederholt in Anstalten. Guter Arbeiter, aber Potator. Am 30. Juli 1876 lag er ziemlich angetrunken in dem Graben einer Schanze; einem Soldaten, der ihn fortwiess, leistete er Widerstand unter lebensgefährlichen Drohungen. Vorübergehende halfen dem Soldaten; den einen dieser zufälligen Helfer verfolgte L. im Verlauf des Streits ganz wüthend unter wilden Drohungen, warf ihn nieder und stiess ihm das Messer in die Brust. (Tod.) In der Haft ganz ruhig, klar, gibt an, sich an Alles zu erinnern; nur vom Messerstich will er Nichts wissen.

Weder unmittelbar vor noch auch nach der That beobachtete man einen epileptischen Anfall; erst ein ganzes Jahr nachher und zwar auffallenderweise genau wieder am 30. Juli (1877) konnte Motet selbst einen höchst characteristischen epilept. Anfall constatieren, mit einer von den Hoden aufsteigenden Aura.

Motet gesteht in seinem Gutachten (vom Gericht adoptirt) der Epilepsie nur einen mittelbaren Einfluss auf die That zu (durch krankhafte Veränderung und Schwächung des Characters), und kommt in sehr überzeugender Weise zur Annahme einer verminderten Zurechnungsfähigkeit. Dr. Sury-Bienz (Basel).

---

# Kleinere Mittheilungen.

1) Ballet machte in der Société de Biologie folgende Mittheilung. (Le progrès méd., Januar 1878.)

Ein schwächlicher 15 jähr. Taglöhner stürzte 8 Tage vor seiner Aufnahme (23. IX. 1877) beim Gehen auf der Strasse nieder und konnte sich nicht mehr erheben. Das Bewusstsein blieb erhalten. Ob der Kranke schon vorher vielleicht an einer Parese gelitten, konnte nicht ermittelt werden. Es fand sich nun Lähmung des linken Armes und Beines; nur die Finger konnten bewegt werden. Die Gesichtsbewegungen waren völlig ungestört; Sensibilität erhalten. Herzaction unregelmässig mit starkem Geräusch beim 1. Ton. Nach 2 Tagen Collaps und Tod. Die Gehirnsection ergab zwei nussgrosse Abscesse im Centrum semiovale so gelegen, dass die von den obern und mittlern Theilen des Frontal- und Parietallappen ausgehenden Faserzüge betroffen waren. Dr. Karrer (Erlangen).

2) **Eichler.** Ein Fall von Balkenmangel im menschlichen Gehirn. (Archiv für Psychiatrie VIII. 2.) Verf. beschreibt das Gehirn eines 43jährigen Mannes, der während des Lebens keinerlei Defekte in den Hirnfunctionen gezeigt hatte. Der Balken fehlte vollständig, die Decke des dritten Ventrikels bildete eine dünne durchscheinende Membran. Das Gehirn war sehr reich an Windungen, die Anordnung derselben an der convexen Fläche der Hemisphären war im Wesentlichen die typische, während die Windungen der medialen Fläche von der Norm vollkommen abwichen. Die Seitenventrikel sind sehr stark ausgedehnt, von den Commissuren ist nur die vordere und die hintere vorhanden, erstere sehr stark, letztere sehr schwach entwickelt. Prof. Lichtheim (Jena).

3) **Bouchut** (Gazette méd. de Paris 1877 Nro. 52) beobachtete bei einem 3jährigen Kinde Amaurose in Folge von doppelseitiger Neuritis optica neben Paralyse sämmtlicher Extremitäten, die in beständigem Tremor sich befanden. Die Section constatirte tuberculose Degeneration beider thalami optici, nebst diffuser Puberculose der Meniningen.

Dr. Nieden (Bochum).

4) **A. Maklakow** (Jahrbuch der chirurg. Gesellschaft zu Moskau II. 1877 nach Hirschberg) fand bei 2 Knaben, mit Atrophia n. optic. und Amaurose in der Gegend der grossen Fontanelle eine Hyperostosis von 7Cm. Länge, 4 Ctm. Breite und 2½ Ctm. Höhe. Aehnliche Beobachtungen machte er noch in 22 Fällen bei Kranken gleicher Gattung, meist im Alter von 2—12 Jahren. Dr. Nieden (Bochum).

5) Dr. **Isaac Ott** hat Untersuchungen angestellt über die Fortpflanzungsgeschwindigkeit in motorischen Nerven (Frosch) und zwar in normalen, in künstlich gedehnten und in solchen, die von einem sehr starken electr. Strome, der extrapolaren Katelectrotonus erzeugt, durchflossen sind. Hierbei fand er, dass die Dehnung und der Katelectrotonus verlangsamend auf die Fortpfanzungsgeschwindigkeit wirken. (Vielleicht ist damit für den Effect der Nervendehnung bei traumat. Tetanus (Nussbaum, Vogt) die physiolog. Erklärung angebahnt, vielleicht auch die der krampfstillenden Wirkung starker, bei toxischem Tetanus durch das R. M. geleiteter galvan. Ströme. Ref.) Die Technik der Versuche kann hier nicht mitgetheilt werden. (Journ. of Nervous and Mental Disease, Chigago, 1878 Januar pag. 94).

6) Dr. **Schaw** (ebendas. pag. 57) hat gefunden, dass unter Behandlung mit Osmiumsäure in der Markscheide periph. Nerven Lücken entstehen, die schräg zur Längsachse des Nerven verlaufen und das Mark ganz durchsetzen. Durch ihre schräge Anordnung unterscheiden sie sich von den Einschnürungen Ranvier's, die bekanntlich senkrecht zur Längsachse stehen. Er erklärt ihre Entstehung durch die heftige Einwirkung der Osmiumsäure auf das Mark, das rapid coagulire und sich zusammenziehe, wobei die Fissuren entstehen.

## Briefkasten der Redaction.

Hrn. Dr. Smoler, Prag. Sie wollen gef. entschuldigen, dass Ihr Referat über „Menièr'schen Schwindel„ in der vorigen Nummer unter die Originalien gerathen ist.

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT
für
# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt
von
**Dr. med. A. ERLENMEYER,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz.“

**Monatlich eine Nummer — $1^1/_2$ Bogen stark.**
Preis des Jahrgangs 6 Mark.
Nur durch die Post zu beziehen. — Insertionspreis auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 5. 1. Jahrgang. 1878.**

## 1) Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Frage der Sehnervenkreuzung im Chiasma.

Literatur: Michel, über Sehnervenkreuzung (Gräfe's Archiv für Ophth. XXIII. 2. 227.), Hirschberg, über Hemianopsie (Beiträge zur praktischen Augenheilkunde. 3. Leipzig, 1878.)

Die älteste Annahme über den Faserverlauf der Nerven im menschlichen Chiasma war die einer totalen Kreuzung. Galen, Vesal, Santorini, Zinn nahmen an, dass die beiden nervi optici sich ohne Faseraustausch einfach im Chiasma an einander lagerten. Sir Isaac Newton trat für die Semidecussation ein und suchte dadurch das binoculäre Einfachsehen zu erklären. Der anatomische Nachweis war indess erst 1812 von J. Wenzel geführt und Joh. Müller legte diese Thatsache der physiologischen Betrachtung des Sehactes in seinen Untersuchungen zur vergleichenden Physiologie des Gesichtssinnes zu Grunde und hat ihr dadurch allgemeine Anerkennung verschafft.

Der englische Physiker Wollaston suchte schon im Jahre 1824 für einen ihm 20 Jahre vorher plötzlich begegneten Anfall von *linksseitiger* Hemianopsie, die etwa $^1/_4$ Stunde anhielt und von einem ebenso flüchtigen Anfall rechtsseitiger Hemianopsie begleitet war, die Erklärung in der von Newton aufgestellten Anschauung der Semidecussation. Wollaston starb schon 1828, 4 Jahre nach jener Publication, und die Section ergab in dem *rechten* thalamus einen hühnereigrossen Tumor, dessen Existens zweifellos mit dem vor 24 Jahren stattgehabten hemiopischen Anfall in Causalnexus gebracht werden muss. Indess die Pathologen und speciell die Neurologen verhielten sich dieser Lehre von der auf die Semidecussation ge-

gründeten Hemianopsie skeptisch gegenüber und Makenzie hält 1856 noch an der Anschauung fest, dass Läsionen einer Hemisphäre, wenn sie die Sehkraft afficiren, totale Erblindung des Auges der gegenüberliegenden Seite bewirken.

A. v. Gräfe trat mit der vollen Kraft der Ueberzeugung auf Grund der pathologischen Beobachtungen von hemiopischen Erscheinungen bei Cerebralleiden für die Semidecussation ein, da kein anderer Erklärungsgrund im Stande ist, genügende Aufklärung jener Erscheinungen zu geben. Fehlt z. B. bei *gleichseitiger* Hemianopsie bei guter centraler Sehschärfe die *linke* Seite des Gesichtsfeldes für jedes Auge und ist, wie man relativ häufig dabei findet, zugleich *linksseitige* Hemiplegie vorhanden, so weisst uns letztere auf ein Leiden der rechten Hirnhälfte hin, somit muss der *rechte* tractus opticus gelähmt und nicht mehr im Stande sein, die laterale Netzhauthälfte des *rechten* und die mediane des *linken* Auges zu versorgen, wodurch eben die gleichen *linken* Seiten beider Gesichtsfelder einen totalen Defect zeigen müssen. *Gekreuzte temporale* Hemianopsie, bei der in dem einen Auge die *linke*, in dem anderen die *rechte* Gesichtsfeldhälfte oder umgekehrt ausfällt, ist schon seltener und prognostisch ungünstiger, und lässt den Sitz der Heerderkrankung im vorderen oder hinteren Chiasmawinkel annehmen.

Erst 1873 traten Mandelstamm und Michel gleichzeitig, doch unabhängig von einander, mit der alten Behauptung der totalen Kreuzung der Sehnervenfasern wieder auf. Die *vergleichende Anatomie* spricht indess nicht für die totale Kreuzung, da nur bei denjenigen Thieren, die keinen binoculären Sehact, wie z. B. Hecht, Eidechse und Taube, also auch durchaus getrennte Gesichtsfelder haben, dieselbe vorhanden ist, während bei den höher stehenden Säugethieren z. B. dem Hund, wo die Gesichtsfelder schon zum Theil zusammenfallen, ebenso sicher die Semidecussation constatirt worden ist. Bei der *directen anatomischen* Untersuchung steht sich Behauptung gegen Behauptung: Mandelstamm und Michel mit der der totalen Kreuzung, Scheel findet ausser den vollständig sich kreuzenden Fasern des tract. opticus noch Nervenfasern, die vom tub. ciner. auf die untere und obere Fläche des Chiasma übergehend, sich zum Theil zum Sehnerven der ihnen zunächst gelegenen Seite wenden. Henle constatirte dementgegen halbseitige Kreuzung der Sehnervenfasern, indess sei das gekreuzte Bündel stärker, als das directe. v. Gudden, der eifrigste Vertheidiger der Lehre von der Semidecussation, findet das gekreuzte Bündel besonders in der unteren, das nicht gekreuzte in der oberen Hälfte des Chiasma gelegen.

*Pathologisch anatomische* Befunde sind erst 4 bekannt geworden, die alle *für* die Annahme der halbseitigen Kreuzung sprechen.

1. Jakson constatirte *linksseitige* typische Hemianopsie bei guter centraler Sehschärfe und normalen ophth. Befund, ferner linksseitige Hemiplegie und Hemianästhesie und bei der Section nur Erweichung im *rechten* thalamus opticus.
2. Hirschberg fand *rechtseitige* totale Hemiopie bei guter centraler Sehschärfe und normaler Pupille; später trat Apha-

sie und Hemiplegia dextra hinzu und die Section ergab einen apfelgrossen Tumor im *linken* Stirnlappen und den *linken* tractus opticus vor dem Chiasma dünner als den *rechten.*

3. Pooley (Cfr. Referat im Centralblatt für Nervenheilkunde Nro. 2. S. 40.) *rechtsseitige* Hemianopsie und Tumor im *linken* Hinterlappen, Erweichung im *linken* thalamus.
4. Hirschberg beobachtete *rechtsseitige* Hemianopsie bei normalem Befunde und bei der Section einen Tumor im *linken* Hinterlappen nebst Erweichung im *linken* thalamus.

Ein *widersprechender* Sectionsfall ist bisher noch nicht constatirt. Auch die Befunde bei lange Zeit atrophirten Augen von gleichzeitiger Atrophie des Nerv. optic. und tractus derselben Seite, wie schon Vesal, Santorini und Morgagni fanden, spricht für die Semidecussation. In jüngster Zeit sind diese experimentellen Versuche bei Thieren zur Entscheidung der Frage der Kreuzung zahlreich von v. Gudden und Michel angestellt, indem sie Thieren gleichen Wurfes einen oder beide bulbi exstirpirten und nach geraumer Zeit die Thiere tödteten und vergleichende Messungen der beiden N. optici und tractus vor und hinter dem Chiasma anstellten; beide Forscher fanden ihre Ansicht bestätigt; doch überwiegt für den objectiven Zuschauer die Versuchsreihe v. Gudden's zu Gunsten der Semidecussation. Ebenso sprechen dafür alle unsere jetzigen *klinischen* Erfahrungen.

Die Lehre von der Semidecussation erfordert, dass die *gleichseitige* Hemianopsie relativ am häufigsten vorkommt, scharf begränzt und stationär sein kann, ohne also Amaurose zu bedingen; dass die *gekreuzte* Hemianopsie relativ seltener, nicht so scharf begränzt und i. A. progressiv sei; dass nasale Hemianopsie überhaupt nicht vorkomme. *Alle diese Postulate werden durch die Erfahrung erfüllt.*

Die Annahme einer *totalen* Kreuzung würde dagegen erfordern, dass einseitige Hirnläsionen Amaurose des Auges der entgegengesetzten Seite bedinge, was, für Tauben allerdings erwiesen, für die Menschen trotz der Behauptung mancher Nervenärzte noch immer der allgemeinen Erfahrung der Opththalmologen widerspricht. —

Dr. Nieden (Bochum).

---

## 2) **Dománski,** (Krakau) Fall von traumatischer Lähmung des Halssympathicus.

**(Przeglad lekarski 1878 Nr. 30 und 31, citirt in Medizinsky westnek 1878 Nr. 12.)**

N. 32 Jahre alt, wurde bei Gitschin von einer Kugel verwundet, welche das Gesicht traf und an der linken äussern Seite des Halses austrat; 3 Monate später während seines Hospitalaufenthalts wurde ein Congestionsabscess unter dem linken Schlüsselbein eröffnet. Pat. wandte sich an D. wegen Intermittens, hatte sich bis dahin ganz wohl gefühlt. Verfasser fand Folgendes: in und am knorpeligen Theile des rechten Nasenflügels eine breite Narbe, im harten eine 2 Cm. lange und $1^1/_2$ Cm. breite, von Schleimhaut ganz überzogene Oeffnung, der grösste Theil der Zunge fehlt, an der linken Mandel eine kleine Narbe. Am äussern Rande des linken Kopf-

nickers befindet sich eine eingezogene Narbe, eine gleiche oberhalb des linken Schlüsselbeins. Die linke Lidspalte in Folge einer leichten Ptosis ist schmäler als die rechte, die linke Pupille stark contrahirt, reagirt schwach auf Licht, der linke bulbus liegt tiefer, als der rechte. Oefters angestellte Untersuchungen ergaben, dass die linke Gesichtshälfte bedeutend wärmer, als die rechte war und selbst bei grosser Hitze nie schwitzte, die Grenze dieser beiden Bezirke bildete die Mittellinie des Gesichtes; die Ohren boten keine Temperaturdifferenz dar. Der Kranke wird sehr belästigt durch ein Gefühl von Wärme und Trockenheit der Haut an der linken Gesichtshälfte. Gehirnsymptome sind am Kranken nie beobachtet worden, wesshalb Verfasser die ganze Gruppe der beschriebenen Erscheinungen einer Verletzung des linken Halssympathicus zuschreibt.

Dr. Hinze (St. Petersburg).

---

3) **R. Burkart:** Ueber einen Fall von klonischem Inspirationskrampf.

(Deutsche med. Wochenschr. Nro. 32 u. 33. 1877.)

Derselbe: Studien über die automatische Thätigkeit des Athemcentrums und über die Beziehungen desselben zum Nervus vagus und anderen Athemnerven.

(Archiv der ges. Physiologie 16. Band 9. u. 10. Heft. 1878.)

**Ottomar Rosenbach:** Einfluss der Vagusreizung auf die Athmung.

(ibidem.)

B. beobachtete einen 25jährigen Mann mit anfallsweise auftretenden Störungen im Athmungsmechanismus; dieselben bestanden in kurz einsetzenden Inspirationen mit Geräusch und leichten, fast geräuschlosen Exspirationen. Die einzelnen Athemzüge reihten sich schnell an einander und der Einathmungsmechanismus begann bereits sein Spiel wieder, ehe die Ausathmung zu Ende war. Nach und nach betheiligten sich die Halsmuskeln, die Nacken-, Schulter-, Brust- und Gesichtsmuskeln; der Patient trippelte unruhig im Zimmer umher, in der höchsten Angst begriffen. Schliesslich geriethen auch die Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten in zuckende reflectirende Mitbewegung. Nach 1/2 stündiger Dauer schien der Anfall seinen Höhepunkt erreicht zu haben, als man 110 Inspirationen in einer Minute zählen konnte. Mach 5/4 stündiger Dauer wurde durch Chloroformirung des Patienten der Anfall beendet.

Anamnestisch ist zu erwähnen, dass Patient aus einer an Nervenkrankheiten reichen Familie stammt. Vor zwei Jahren hatte er nach einem Excesse in baccho den ersten Anfall plötzlich bekommen.

Die theoretischen Deductionen des Verf. über das Zustandekommen der Athmungsrhythmik und ihrer Störung übergehen wir, da wir bei Besprechung der zweiten, experimentellen Arbeit gleich darauf zurückkommen und erwähnen nur hier, dass zur Heilung ausser der Regelung der Lebensweise, Galvanisation der beiden nervi vagi am Halse mit schwachen stabilen und labilen Strömen, nasse Einwickelungen mit nachfolgender nasser Abreibung, sowie Halbbäder von 24—18 R. verordnet wurden. —

In der grösseren experimentellen Arbeit verbreitet sich Verf. zunächst über die rhythmische Thätigkeit des automatischen Athem-

centrums. Unter Zugrundelegung der Pflüger'schen Anschauungen über die Ursachen der Athembewegungen postulirt Verf. eine hypothetische in den Ganglienzellen des nervösen Athemcentrums bei Sauerstoffmangel stetig sich erneuernde, leicht oxydable Substanz, deren Produktion als Reiz eben dieser Ganglienzellen functionirt, deren Function, resp. Entstehung bei genügender Sauerstoffmenge in der Medulla oblongata sofort aufhört. Der Unterschied zwischen dieser und der Rosenbach'schen (cf. Probenummer des Centralblattes) Auffassung besteht darin, dass hier der Athmungsreiz in die Nervenzellen des noeud vital selbst verlegt bei R. aber im Blute resp. in den Blutkörperchen angenommen wird. Bei der Wiederholung der Rosenbach'schen Versuche über das Zustandekommen der Apnoe nach einem Blutverluste ergab sich, dass nach einer ausgiebigen Blutentziehung, nach welcher das Thier (Kaninchen) Krämpfe bekam, die künstliche Lungenventilation eine viel länger dauernde Apnoe zu erzielen im Stande war, als dies vor dem Aderlass möglich gewesen. Verf. glaubt, dass durch den Blutverlust die Lebensenergie der centralen Athemzellen geschwächt würde. Der Sauerstoffconsum und die Production der sogenannten oxydabelen, reducirenden Substanzen ist durch die verminderte Thätigkeit der Zellen herabgesetzt. Bei der jetzt eingeleiteten künstlichen Ventilation wird bei dem geringen Sauerstoffbedürfniss der Zellen das Blut sehr schnell mit O gesättigt und dieser Vorrath wird länger anhalten, als vor dem Blutverluste dies möglich war.

Die Ergebnisse der Versuche über Reizung des centralen Vagusendes führen den Verf. zu der Behauptung, dass man unter besonderen Verhältnissen einmal Zwerchfellbewegungen im Sinne der Inspiration, ein andres Mal im Sinne der Exspiration wahrnehme. Bei tiefer Narcose treten (immer unterhalb des Nerv. largny sup. gereizt) nur mehr inspiratorische Erscheinungen auf. Wäre nun, wie Rosenbach glaubt, der Nerv. vag. vasomotorischer Nerv, so müsste er hiernach gefässerweiternde und gefässverengende Fasern führen. Aber nach Verf. ist der besagte Nerv unter die Vasomotoren überhaupt nicht einzureihen; es ist nur von einer direkten nervösen Beziehung der Ganglienzellen und der im Vagusstamme vereinigten Athemnerven zu sprechen. Zur näheren Begründung dieser Ansicht unternahm Verf. Versuche an Fröschen, denen er die Blutcirculation vor der Reizung ausschaltete. Die Reizung des centralen Vagusendes ergab nun nach der Herzexstirpation eine Anregung des Athemcentrums zur energischen, inspiratorischen Thätigkeit. Auch bei Kochsalzfröschen wurde dies Ergebniss erzielt. Die nichtvasomotorische Natur der sogenannten exspiratorischen Fasern liess sich jedoch nicht durch das Experiment am Frosche nachweisen. Es ist somit nach Verf. eine direkte Einwirkung der inspiratorischen Fasern auf die Ganglienzellen des noeud vital erwiesen, indem durch Reizung der Fasern die Produktion des hypothetischen Stoffes derart gesteigert wird, dass der Reizzustand der betreffenden, producirenden Nervenzellen unausbleiblich ist. Krankheitserscheinungen, wie der oben erwähnte Fall von Inspirationskrampf, das Cheyne-Stoke'schen Athmungsphaenomen etc. dienen zur Erklärung, dass

eine Gefässverengung in der medulla nicht, wie Rosenbach es will, den Inspirationsreiz vermindert, sondern im Gegentheil, ihn vergrössert. —

Rosenbach corrigirt in einer kurzen Notiz seine früher ausgesprochene Ansicht, dass die electrische Reizung des centralen Vagusendes stets Stillstand des Zwerchfells in Exspiration bewirke dahin, dass eine Inspirationsstellung des Muskels (nach Rosenthal und Traube) stattfinde. Seine Theorie modificirt er jetzt dahin dass das die pulmonalen Vagusfasern umspülende Blut einen beständigen Inspirationsreiz ausübe, welcher durch die Zerrung der Fasern während der Inspiration unterbrochen würde, und so durch den Fortfall des Reizes in der Medulla eine Exspiration entstände.

Dr. Goldstein (Aachen).

---

4) **Aufrecht** (Magdeburg). Zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks bei Tetanus.

(Deutsche medicinische Wochenschrift 1878 Nr. 14 und 15).

In einem Falle von Tetanus bei einem 41jährigen Arbeiter, welcher eine complicirte Daumenluxation sich zugezogen hatte, fand A. bei der mikroskopischen Untersuchung des 3 Monate lang in 5% doppelchromsauren Kali gehärteten Rückenmarkes an Glycerinpräperaten folgendes: Während die Ganglienzellen im Lendentheile normal erschienen, zeigten sie im Halstheile ein diffus rostfarbenröthliches Aussehn und Mangel des Kernes und der Kernkörperchen; ausserdem in der Grundsubstanz zwischen den Nervenfasern sehr feine dunkle Körnchen, die den Pigmentkörnern der Ganglienzellen gleichen. Diese Körnchen finden sich auch um den Centralkanal, dessen Lumen an manchen Stellen „etwas eingeengt“ ist. Ferner liegen um den Centralkanal „zahlreiche hellglänzende kugelige Gebilde ohne jeden Contour“, dem Ansehen nach von „öliger“ Natur.

In der weissen Substanz und zwar in den der grauen Substanz anliegenden Abschnitten derselben gleichfalls jene Körnchen und Körner und ferner feine Körnchen in den Markscheiden.

Die Blutgefässe hyperämisch; den stärkeren anliegend besonders im Lendentheile Schollen einer hyalin aussehenden Substanz. —

Aufrecht deutet diesen Befund, ohne ihn verallgemeinern zu wollen, als eine primäre parenchymatöse Entzündung der Ganglienzellen, der sich Hyperaemie und Exsudation angeschlossen habe. Denn eine primaere Hyperaemie setze keine so hochgradige Veränderung der Ganglienzellen und es sei ferner nicht anzunehmen, dass das Gefässsystem des Rückenmarkes aus verschiedenen von einander unabhängigen Abschnitten bestehe, welche nicht in allen Theilen gleichmässig erkranken würden, wenn von einem peripheren Nerven aus eine Schädlichkeit einwirke. Das Freibleiben des Lendentheils von der Affection erklärt sich daraus, dass der Tod eingetreten sei, ehe die primaere Ganglienentzündung in die Lumbalabschnitte herabsteigen konnte; eine primaere Gefässalteration würde auch den Lendentheil mitergriffen haben. (Ref. kann sich auf eine Kritik

der einzelnen Punkte des Befundes hier nicht einlassen; die Hypothese der Solidarität sämmtlicher Rückenmarksgefaesse gegenüber circumscript einwirkenden Reizen erscheint sehr gewagt.)

Dr. Schultze (Heidelberg).

---

5) **M. Benedict.** Zur pathologischen Anatomie der Lyssa.

(Virchow's Archiv Bd. 72. Heft 3.)

Benedict registrirt verschiedene Befunde bei Lyssa, welche mit den von ihm selbst publicirten mehr oder weniger übereinstimmen. So einen Befund von Friedberger und Pütz (die Gefässlumina des centralen Nervensystems mit grossen hellen Körperchen gefüllt) ferner Befunde von Coats (miliare Heerde lymphoider Zellen um die Gefässe herum und analoge Elemente um die Ganglienzellen), von Gowers („colossale Hyperlymphosen" an kleinen Venen des Gehirnstammes, und ebenso im Gewebe selbst, besonders auch am Boden des 4. Ventrikels, ferner intravasculäre Gerinnungen oder „lichte Thromben" nach Benedict's Nomenklatur).

Diese „weissen Thromben" hält B. für das wesentliche differentielle anatomische Moment der Befunde bei Lyssa gegenüber denen aller übrigen bekannten Formen centraler Neuritis. Das zweite Differenzmoment zeigt sich darin, „dass die Bilder von Exsudation mit jenen von Ergüssen durch Rhexis gemischt sind und ineinander übergehen."

Benedict selbst fand neuerdings in der Sehhügelregion eines wuthkranken Pferdes hochgradige „Lymphostasen," ferner Thrombenbildung und Imbibition der Gefässe mit Blutroth; ausserdem in einer Hirnwindung ein rosenkranzförmiges Gefäss, in dem die Contiguität der Blutelemente durch eine hyaline, rauchig-graue Masse getrennt war. In einem anderen Präparate fanden sich auch in der Medulla oblongata und in den Vorderhörnern des obersten Halstheiles des Rückenmarkes „miliare" Heerde und Aneurysmata dissecantia im Gehirn. Diese „miliaren" Heerde werden nach Benedict nur für geübte Untersucher schon bei 80 facher, sonst erst bei 300 facher Vergrösserung erkannt. (Nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch kann man miliare Heerde schon mit blossem Auge in Hirsekorngrösse sehen. Ref.).

Schliesslich wendet sich Benedict gegen die „negativen" Befunde von Forel und vom Ref. Ersterer fand zwar Lymphostase und Blutungen, erklärt dieselben aber für secundäre Erscheinungen des Anfalls. Gegen letzteren hält B. aufrecht, dass seine hyaloiden Schollen um die Gefässe herum wirklich hyaloide Schollen waren.

(Dem Ref. erscheint durch alle jene sogenannten „positiven" Befunde, abgesehen von sonstigen anfechtbaren Punkten, zum mindesten nicht bewiesen, dass dieselben in ursächlichem Zusammenhange mit der Lyssa stehen.)

Dr. Schultze (Heidelberg).

---

6) **C. de Boyer** (Paris): Epilepsie; Tod während der Anfälle, ausgebreitete gelbe Erweichung, die ganze untere Fläche des linken Sphenooccipitallappens einnehmend.)

(Société anatomique, Vortrag in der Sitzung vom 7. Dezenber 1877. Le Progrès méd. 1878. 8.

14jähriger epileptischer Knabe ohne sichtbare Veränderungen der Sensibilität, der Motilität und der Psyche. Am 10. November 1877 häuften sich die epileptischen Anfälle dermassen, dass der folgende Anfall vor dem Ende des eben ablaufenden einsetzte; in diesem Zustande starb der Knabe. Bei der *Section* ergab sich eitrige Nephritis, Hyperämie der Leber und Extravasate unter der Leberkapsel, ebensolche Hämorrhagien in den Lungen und den Pleuren. Die Herzsubstanz fest, im Anfangstheile der Aorta Atherom, an der Mitralis alte Unebenheiten. Hyperämie der Meningen auf der Convexität, Oedem derselben und des Gehirns. Die Pyramiden und das Kleinhirn symmetrisch, die rechte Grosshirnhemisphäre grösser, als die linke, der rechte Stirnhöcker mehr vorragend, als der linke. Der ganze basale Occipitallappen rechts ist von einer, zwischen der Oberfläche des Gehirns und den Meningen befindlichen Cyste eingenommen, deren Inhalt durchsichtig ist; unter der Cyste wird eine alte gelbe Erweichung der Rindensubstanz constatirt, welche den hintern Rand des Occipitallappens nicht erreicht, sondern den basalen Theil desselben einnimmt und mit ihm zusammen die Oberfläche des Gehirns bis zum Rande des horizontalen Astes der Sylvischen Grube hinaufsteigt. Die Windungen der motorischen Zone und der Anfang der 3. Stirnwindung sind intact.

Diese Affection ist wahrscheinlich durch eine Obliteration der hintern Gehirnarterie bedingt worden. Die vorhandene Läsion des rechten Occipitallappens bei Mangel einer solchen in den motorischen Centren und paralytischen Erscheinungen während des Lebens lassen einen Schluss auf das Bestehen einer motorischen Zone in der Gehirnrinde zu und ist der Zusammenhang der Affection mit der Epilepsie kaum zu bezweifeln.

Dr. Hinze, (St. Petersburg).

---

7) Zur Gehirnpathologie.

1. Ch. Maygrier: Lesion de l'écorce cerebrale avec extension au centre ovale. Accidents epileptiformes Hemiplegie.

(Société anatom. 30. XI 1877. Le Progrès médicale 1878. Nro. 7.)

2. Lewkowitsch: Zur Pathologie der Hirnrinde.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde 1878.)

3. C. de Boyer: Atrophie cérébrale et cerebelleuse croisée. Asymétrie de la moelle etc. (Soc. anatom. Le Progrès médic. 1878. Nro. 8.)

4. Landouzy: Parésie du membre supérieure droit. Hémiplegie faciale inférieure droite, survenue lentement sans phenomènes cérébraux appréciables etc.

(Soc. anatom. le Progrès médic. 1878. Nro. 7.)

1. Eine 36jährige Patientin hatte 18 Monate vor ihrer Aufnahme Faustschläge auf die linke Seite des Schädels erhalten; dar-

nach sogleich an auf diese Seite beschränkten Kopfschmerzen gelitten. Nach einiger Zeit gesellten sich epileptiforme Anfälle hinzu, nach 4 Monaten Schwäche in der R. Seite, die allmälig zunahm bis schliesslich eine Parese der R. Extremitäten und der R. Gesichtshälfte sich ausgebildet hatte; auch die Zunge wich nach R. ab. Pat. hatte häufige epileptiforme Anfälle, die sich hauptsächlich auf die R. Seite beschränkten. Die Intelligenz war völlig ungestört.

Die *Autopsie* ergab eine Verdickung und Verwachsung der Pia mit der Hirnsubstanz im Umfange eines 5 Frcs. Stückes über dem Gyr. central anterior und poster. und dem Rande der Fossa Sylvii. In den untern 2 Drittheilen betraf die Veränderung (gelbe Erweichung) nur die Hirnrinde im obern Drittheile griff sie auch auf die weissen Faserzüge ein, und machte den Eindruck einer Narbe, so dass man einen Zusammenhang dieses Befundes mit der angegebenen Misshandlung für sehr wahrscheinlich halten musste.

2. Ebenfalls auf einen mechanischen Insult zurückzuführen ist die von Lewkowitsch beobachtete Gehirnerkrankung. Es handelte sich hier um einen 9jährigen Knaben, der seit $1^1/_2$ Jahren an Nephritis nach Scharlach litt. Mit $8^1/_4$ Jahren fiel derselbe von einem Handschlitten rücklings auf's Eis. Nach 12 Stunden traten heftige Kopfschmerzen und Bewusstlosigkeit auf, darnach 2 Tage Wohlbefinden, dann wieder Kopfschmerz, Bewusstlosigkeit und Schreien, am 5. Tage Krämpfe in der R. Hand bei ungetrübtem Bewusstsein, gefolgt von rechtseitiger Hemiplegie und Aphasie bei erhaltener Intelligenz. Im Verlaufe von 8 Tagen bildete die Aphasie und in 4 Wochen die Hemiplegie sich wieder zurück, während hin und wieder ruckweise Bewegungen im R. Arme auftraten. Im Laufe der nächsten Monate traten noch 3 Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Erbrechen auf, worauf dann die Hirnerscheinungen nachliessen, und nur der Kopf gegen Beklopfen sehr empfindlich blieb. Mit Zunahme der nephritischen Erscheinungen nahm die Ernährung mehr und mehr ab. Der Patient kam endlich August 1877 ins Augusta-Kinderspital, wo sich unter Gebrauch von Eisen und Douchen der Zustand besserte, plötzlich aber dann der Exitus letalis erfolgte.

Als Todesursache ergab sich ein frischer apoplectischer Erguss in den Pons mit Durchbruch in den Seitenventrikel. Sonst war das Gehirn normal bis auf den mittlern und untern linken Schläfenlappen, wo sich ein 5 Cm. im Durchmesser haltender Erweichungsheerd befand, welcher die Hirnrinde bis auf die weisse Substanz einnahm. Ausserdem noch die diagnosticirte Herzhypertrophie und Nephritis.

3. Ein 45jähriger Phthisiker litt zugleich an Atrophie der ganzen rechten Seite, welche nach einem hemiplegischen Anfalle, den er in der Kindheit erlitten hatte, sich ausbildete. Sowohl der Umfang wie die Länge der Glieder war geringer als links, und betraf die Atrophie, wie die Section ergab, alle Gewebe auch die Knochen. Im Leben waren keinerlei Sensibilitätsstörungen zu beobachten. Patient litt nie an Epilepsie, nie an Bewusstseinsstörungen. Die *Autopsie* ergab: Asymmetrie des Schädels, die rechte Hälfte war voluminöser als die linke; ebenso war das Hirn asymmetrisch, die rechte Hemisphäre grösser als die linke. Beim Kleinhirn stand

die Grösse der Hemisphären in umgekehrtem Verhältnisse. Im Gehirne fand sich keine Abnormität bis auf einen Heerd. Es befand sich nämlich links im Niveau der 2. äusseren Stirnwindung, am Ursprung des Gyr. central. anter. und posterior auf beiden Seiten der Rolando'schen Furche, ein wenig über dem horizontalen Aste der Fossa Sylvii ein milchweisser, fest anhaftender Plaque, von dem aus sich die Erkrankung bis in die Nähe des Seitenventrikels erstreckte. Eine ziemlich innige Adhaerenz befand sich auch am Lobul. lingualis. Das Rückenmark, auf der rechten Seite schwächer als links, zeigte absteigende Sclerose in den vordern Seitensträngen.

Boyer nimmt an, dass die Primärerkrankung der Heerd in der Hemisphäre war, welcher eine Myelitis im Gefolge hatte und die Hemiplegie bedingte; durch den Nichtgebrauch der rechten Extremität blieb dann die linke Hemisphäre in der Entwicklung zurück.

4. Ein 58jähriger Patient Landouzy's hatte sich seit einem Monate unwohl gefühlt und zugleich eine Abnahme der Beweglichkeit des rechten Armes bemerkt. Er konnte wohl noch bei seiner Aufnahme alle geforderten Bewegungen mit demselben vornehmen, jedoch nur mühevoll und ohne jegliche Kraftäusserung. Ausser dem subjectiven Gefühle von Taubheit war keinerlei Sensibilitätsstörung im Arme vorhanden. 8 Tage nach der Aufnahme starb der Patient unter Delirien und Fieber.

Am Gehirne fand sich ausser einzelnen Tuberkelknötchen auf der leicht abziehbaren Pia noch in den untern zwei Drittheilen des sulcus Rolandi linkerseits die Pia injicirt und der Grund sowie die Seitenränder des Gyr. central. anter. und poster. bedeckt mit einem 3 Cm. im Durchmesser haltenden Plaque, gebildet aus Tuberkelgranulationen. Die Hirnsubstanz darunter war röthlich punctirt sonst normal.

Dr. Karrer (Erlangen).

---

8) **Dowse**: Einseitige cerebrospinale Sclerose

Sitzung der Londoner Clinical Society 26. October 1877. Medic. Times Nro. 3. 1878).

Ein 41jähriges Weib wird am 12. Januar 1872 in das Central London Selk Asylum zu Highgate aufgenommen, wo sie am 25. September 1876 starb. 1870 trat plötzlich Bewusstseinsverlust mit nachfolgender linksseitiger Hemiplegie, 1872 trat eine solche an der rechten Körperhälfte auf. Bei der Aufnahme war ein absolutes Fehlen irgend welcher willkürlichen oder automatischen Bewegung zu constatiren, was durch jahrelange Beobachtung bestätigt wurde; nur ein Mal beantwortete sie deutlich und klar an sie gestellte Fragen. Vollständige Anästhesie des ganzen Körpers mit Flexionscontracturen aller 4 Extremitäten, welche ihrerseits sich fortwährend rhytmisch bewegten; keine trophischen Störungen, bis auf einen 4 Wochen vor dem Tode auftretenden Decubitus. Es war keine Verfettung und Atrophie der auf den galvanischen Strom gut reagirenden Muskeln zu sehen, das Gesicht maskenartig, ohne Ausdruck, sie weinte wohl bei Erwähnung ihrer Heimath, aber ohne die ent-

sprechende Miene. Das Gliederzittern verstärkte sich bei Erregungen, gewollte Bewegungen wurden ungleichförmig und schwach ausgeführt; die Sinne schienen normal sich zu verhalten, der Augenspiegel ergab einen negativen Befund, die Pupillen besonders die rechte, gewöhnlich contrahirt, sehr starker Trismus, der nach Einbringung von Speisen in den Mund nachliess, doch konnte die Kranke nicht kauen. Doppelseitige Facialparalyse, der Geschmack und die Sensibilität der etwas beweglichen Zunge waren vernichtet, das Gehör normal. Die *Section* ergab normale Gehirnoberfläche; im rechten Streifenhügel erstreckte sich eine bräunliche Verfärbung an der innern Kapsel längs der Unterfläche des Sehhügels durch das rechte Crus cerebri in den untern und innern Theil der rechten Brückenhälfte, den rechten Theil des Bodens des 4. Ventrikel umfassend. Die Sclerose setzte sich vom Pons durch die Vorderpyramiden in den linken Seitenstrang des Rückenmarks fort.

Wodurch erklärt sich aber die allgemeine Paralyse der Muskeln? (Ref.)

Dr. Hinze (St. Petersburg).

---

9) **F. Schultze** (Heidelberg): Beitrag zur Lehre von den Rückenmarkstumoren.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. VIII. 2. Heft.)

Ein 18jähriger Schreiner, bot im Dezember 1873 eine Parese mit Atrophie der linksseitigen Extremitäten, Anästhesie des rechten Beines, des ganzen Rumpfes und des linken Armes, ferner Hyperästhesie und Hpperalgesie der gelähmten linken Unterextremität dar, *im Ganzen also das Bild der* Brown-Séquard'schen *spinalen Hemiplegie.* Wenige Wochen darauf zeigten sich: *heftige Schmerzen in der Atlanto-occipitalgegend, erschwertes Schlucken, reichliche Salivation,* Parese des *weichen Gaumens, näselnde* Stimme, — also eine Symptomgruppe, die auf Betheiligung des *Bulbus Medullae* und der obersten Abschnitte der Med. spinalis hinzudeuten schienen. Die mikroskopische Untersuchung der mittelst der Harpune aus der Wade entnommenen Muskelpartikelchen ergab bei normalem Verhalten rechterseits, links: trübe Fasern, longitudinale Streifung bei fehlender Querstreifung, wachsartige Fasern, Kernwucherung, nicht selten sehr dünne, aber noch quergestreifte Muskelfasern. Daneben sehr viele ganz normale Fasern. Nur hier und da Zeichen von Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes; höchst spärliche interstitielle Fettablagerung. Gegen Ende 1874 traten sehr häufiges *Kopfweh und Erbrechen* auf, ausserdem *Nackenschmerzen,* beiderseitige *Mydriasis,* bei übrigens normaler Reaction der Pupillen, vorübergehend auch *Contractur der Nackenmuskeln und Doppeltsehen.* Die Parese der linken Unterextremität hatte sich indess zu einer completen *Paralyse* entwickelt und auch das *rechte Bein* zeigte jetzt eine hochgradige Parese, die jedoch hinsichtlich ihrer Intensität von einem Tag zum andern bedeutende Schwankungen darbot, wobei die ausführbaren Bewegungen exquisit *atactisch* erschienen. Auch leichte *Ataxie* des linken Armes war vorhanden. An Stelle der früheren Hpyeralgesie der linken Unterextremität war jetzt eine deutliche Anästhesie der Haut und Muskeln nachweisbar. Das rechte Bein, die rechte Hälfte der Bauchhaut waren völlig anästhetisch; beträchtliche Verminderung der cutanen Sensibilität fand sich am Thorax und auf der hinteren Rumpffläche *beiderseits,* ein geringerer Grad von Anästhesie am linken

Arm und im Gesicht. *Von der linken Conjunctiva bulbi* waren keine Reflexe auslösbar, später auch nicht am rechten Auge. *Im ganzen war nach Ablauf eines Jahres die* Brown-Séquard'sche *Lähmung nur noch andeutungsweise vorhanden* und es zeigte sich eine zeitweise oder constante Mitbetheiligung *gewisser Kopfnerven.* Im weitern Verlaufe erschienen vorübergehend *Paralyse des linken Abducens, Parese des Orbicularis oris,* Deviation der *Zunge* nach rechts; später Schwäche des Sphincter vesicae, Cystitis, *Rigidität der Muskeln* und häufiger *Tremor* in beiden unteren Extremitäten mit hochgradiger *Steigerung der Reflexerregbarkeit.* Nach theilweiser Besserung der Motilitäts- und Sensibilitäts-Verhältnisse und nachdem späterhin Incontinentia alvi, Zuckungen im Bereiche beider Nervi faciales, ausgeprägter *Diabetes insipidus* und doppelseitige *Neuritis optica,* eingetreten waren, bestand schliesslich eine *völlige motorische Paraplegie* beider Unterextremitäten mit starren Contracturen und completer Anästhesie des linken, hochgradiger des rechten Beines. Die *Arme* waren frei, nur der linke zeigte herabgesetzte Empfindungsfähigkeit, ebenso die vordere und hintere Fläche des Rumpfes. Nachdem noch eine andauernde Parese des linken Armes, und zwei Tage vor dem Tode auch Parese und Anästhesie des rechten Armes aufgetreten waren, die jedoch am folgenden Tage nicht mehr bestanden, erfolgte unter plötzlich erschwerter Respiration der Tod. — Die Obduktion ergab ein *enormes Volumen* des Rückenmarkes mit mehrfacher Höhlenbildung und als Ursache desselben *eine durch das ganze Rückenmark mit Propagation in die med. oblong. sich erstreckende Neubildung (teliangiectatisches und myxomatöses Gliosarcom),* wegen deren speziellen Verhaltens an den einzelnen Abschitten auf das Original verwiesen wird. Die Geschwulst ist hinter dem Centralkanal, im dem Areal zwischen vorderer Commissur und der hintern Peripherie der Hinterstränge einerseits und beiden Hinterhörnern andererseits entstanden. Der obliterirte Centralkanal liegt *an der vorderen Grenze der Geschwulst* und ist mit der neugebildeten Masse eng verwachsen, während er sich von der vorderen Commissur leicht loslöst. Die *Höhlen* in der Pyramidenhöhe und im Lendentheil liegen hinter dem Centralkanal und enthalten *kein* Epithel.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Geschwulst aus dem *Ependym* sich entwickelt hat und zwar deuten mehrfache Eigenthümlichkeiten auf *angeborene* Anomalien hin, so dass die Annahme berechtigt erscheint, dass von einem von vornherein abnorm gelagerten und entwickelten Ependym aus sich zuerst Hyperplasie dieses Parenchyms einstellte und dann eine geschwulstartige Neubildung sich entwickelte, die nach Art echter Tumoren Nachbargewebe verdrängte und zerstörte. Hinsichtlich der *Höhlenbildung* lässt es Verf. unentschieden, ob es sich um präformirte Hohlräume oder um Erweichungscysten handelt, neigt sich jedoch mehr der ersten Ansicht zu, auf Grund der Lage der beiden Höhlen, die denjenigen bei *angeborenem Hydromyelus* völlig gleicht und anderer anatomischer Eigenthümlichkeiten des Rückenmarkes. — Die detaillirte Darstellung des histologischen Befundes, sowie die epikritischen Bemerkungen mögen im Original nachgelesen werden. Die Diagnose war von Friedreich, auf dessen Klinik der Fall beobachtet worden, nicht auf einen Tumor des Rückenmarks gestellt worden, sondern es wurde eine chronische Myelitis angenommen, welche durch Propagation von einer progressiven Muskelatrophie der linken Extremitäten zuerst die linke Hälfte der Med. spinal. einnahm und später sowohl trans-

versal, als auch aufwärts fortgeschritten war. Besonders das Bestehen der Facialiskrämpfe und des Diabetes insipidus und daneben das Kommen und Gehen der Abducensparalyse hätten nach Verf. den Gedanken an das Vorhandensein eines Tumor näherlegen können. Zum Schlusse wendet sich S. gegen den neuerdings von Klebs in einer Arbeit über Rückenmarkstumoren aufgestellten Satz, „dass auch die hyperplastischen Nervenbahnen des Rückenmarks in diesen Geschwülsten noch die Leitung der Erregung zu den peripheren motorischen Apparaten vermitteln.“

Prof. O. Berger (Breslau).

---

10) **M. Litwinow**: Fall von Hemiparaparesis spinalis.

(Medizinski Westnek (medic. Bote) 1878 Nro 11. St. Petersburg.)

Anamnese. Ein bis lang immer gesunder Soldat des 63. Regiments wurde am 30. August 1877 durch einen Granatsplitter in den Rücken verwundet, worauf er einige Schritte noch machen konnte, dann aber ohne Bewusstsein hinfiel und etwa 1/2 Stunde in diesem Zustande verharrte. Beim Erwachen konnte er sich nicht auf die Füsse stellen und sein rechtes Bein nicht bewegen; die herbeigeeilten Krankenträger brachten den auf den Händen Kriechenden auf den Verbandplatz, wo die Wunde untersucht wurde, aber keinen Fremdkörper enthielt und stark blutete. Im Verlaufe der beiden ersten Wochen expectorirte der Kranke übelriechende Blutcoagula. Ende September kam er nach Moskau und von dort über Petersburg nach Kronstadt ins Marienhospital (23. Oct.) und war in dieser ganzen Zeit nur mit Salben behandelt worden. Anfangs konnte er sein rechtes Bein gar nicht bewegen, fühlte einen starken Schmerz im Rücken und abwechselnd Kälte und Hitze im linken Bein, dabei schwitze er viel, Mitte October konnte er das gelähmte Bein etwas bewegen; die Harnentleerung ging immer regelmässig von Statten, der Stuhl war aber 3—4 Tage angehalten. Bei der Aufnahme kann er sich, wenn auch mit Mühe, auf das gelähmte, häufig frierende, ihm aber völlig bewusste Bein stützen, Kreuz und linkes Bein waren vertaubt; es bestanden gürtelförmige Schmerzen im untern Theile des Thorax, zwischen den Schulterblättern, in der rechten Scapula, der rechten Seite, und ein gewisses Reissen in den Knochen des linken Beines. Schlaf besser, die Schweisse ebenso stark als früher, Appetit schlecht, häufige Constipation.

Status präsens. A. W. 38 Jahre, aus dem Witobski'schen Gouvernement gebürtigt, ist von untermittlerem Wuchse, guter Constitution und Ernährung, und hat normale Farbe der Haut und Schleimhäute. Am Rücken 2 Querfingerbreit nach rechts vom Dornfortsatz des 3. Brustwirbels ist eine runde glänzende, blaurothe Narbe von der Grösse eines 20 Kopekenstückes (2 1/2 cm im Durchmesser) zu bemerken, unter welcher eine Impression durchzufühlen ist. Die proc. spinos. des 3—9. Brustwirbels sind druckempfindlich, die Pupillen nicht erweitert, auf Licht gut reagirend, die linke etwas weiter als die rechte. Puls 64, voll; die Organe des Thorax und des Unterleibs, bis auf eine leichte Auftreibung des letztern, normal. Die Sensibilität der Haut ergab folgende Abweichungen von der Norm: vollständige thermische, electrische und Schmerzanästhesie des ganzen linken Beins, und der linken Rumpfhälfte sowohl vorn, als auch hinten bis zur Mittellinie; oben endigte sie vorn auf der Höhe der 7. Rippe, hinten am untern Ende der scapula. Der Kranke unterscheidet an den bezeichneten Stellen durchaus nicht glatte von rauhen, spitze von stumpfen Gegen-

ständen, wohl aber sind Druck- und Raumsinn ebenso scharf entwickelt, wie auf der rechten Seite. Es besteht am rechten Bein und der rechten Rumpfhälfte eine Hyperalgesie für Stich, Wärme und elektrischen Pinsel. Es besteht vorn eine anästhetische, den Raum der linken 5. 6. und 7. Rippe einnehmende Zone, auf welcher die eben angeführten Reize nur undeutlich als Wärme aufgefasst werden; eine ähnliche auch hinten bis zum untern Drittel der Scapula; die Sensibilität der ganzen übrigen Haut ist normal. Die Motilität ist nur an den untern Extremitäten herabgesetzt, Patient geht mit vieler Mühe ohne Stock, kann auf dem schwer zu beugenden rechten Bein nicht stehen, wohl aber auf dem linken, er hinkt rechts; der Lidschluss verstärkt, ohne ihren Charakter zu verändern, in unbedeutendem Maasse diese Störungen; im Liegen sind die Bewegungen bedeutend schwächer am rechten Beine, als am linken, obgleich vollkommen frei. Die Sehnenreflexe fehlen links vollständig, waren rechts vollkommen erhalten von der spin. ilei anter. super., dem lig. patellae, von der patella selbst und von der Sehne des Quadriceps femoris; das Beklopfen der bezeichneten Stellen mit dem Finger ruft deutliche Contractionen im Quadriceps, Tensor fasciae latae und Glutäus hervor. Eine forcirte Dorsalflexion des rechten Fusses ruft klonische Zuckungen hervor, welche durch plantarflexion des rechten Fusses sistirt werden; eine Dorsalflexion des linken Fusses erzeugt nur kurzdauernde klonische Zuckungen im rechten, aber nicht im entsprechenden Beine. Die Empfänglichkeit für Reflexe auf Kitzeln und Schmerz war am rechten Bein erhalten, am linken nicht. Dieses maass am untern Drittel des Oberschenkels 40 cm. gegen 38 rechts, die Haut des linken Beines zeigte sehr leicht Röthung und Gänsehaut und blutete beim Anstechen stärker als die des rechten. Die linke Gesichtsfläche ist reichlich mit dicken Schweisstropfen bedeckt, während die rechte fast trocken ist, die linke Hand feuchter, als die rechte, der Rumpf beiderseits sehr feucht, die Beine trocken. Die elektrische Untersuchung der Muskeln und Nerven der Unterextremitäten mit beiden Strömen ergab ein durchaus normales Verhalten, ebenso die elektromuskuläre Sensibilität.

D i a g n o s e. Für eine und zwar halbseitige Läsion des Rückenmarks sprechen folgende Daten. Der Ort der Verletzung und die Entstehungsweise der Affection, die Abwesenheit von Symptomen seitens des Gehirns und der Gehirnnerven, das normale Verhalten der gelähmten Extremität gegen Electricität, die mangelnde Atrophie des paretischen Beins und die eigenthümliche, charakteristische Vertheilung der Anästhesie am Körper; ferner werden sie durch die Symptome unterstützt, welche bei Thieren nach halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarks (B r o w n - S é q u a r d) auftreten. Den anatomischen Charakter des vorliegenden Falles zu bestimmen ist schwer; man kann annehmen, dass in Folge der Granatenverletzung ein Blutaustritt auf der Höhe des 3. Brustwirbels in das Rückenmark und seine Häute stattgefunden hatte, wobei die Möglichkeit eines Bruches des betreffenden Wirbelbogens und eines Druckes von Seiten eines Knochenfragments auf das Rückenmark nicht ausgeschlossen ist. Das Blutspeien im Beginne der Krankheit deutet auf das Eindringen eines Granatsplitters in die Brusthöhle.

Eine später angestellte Prüfung der Augen ergab: Rechts $H^1/_{30}$ $V^{20}/_{200}$. Links normale Refraction $V^{20}/_{30}$, im rechten Auge unterhalb der Papille einen glänzenden, von deutlich sichtbaren Retinalgefäs-

sen überzogenen atrophischen Fleck, im linken Pigmentatrophie der Aderhaut. Auf Atropin erweiterte sich die rechte Pupille weniger, als die linke, contrahirte sich auch nach Ablauf der Atropinwirkung rascher, als ihre Nachbarin.

Die Therapie bestand Anfangs in Jodbepinselungen des Rückgrats, innerlich wurde Tct. Rhei vin. und Tct. amara ana und Jodkalium gegeben; nach Verlauf von 2 Wochen wurde der Jodgebrauch eingestellt und gegen die fortdauernde Verstopfung künstliches Carlsbader Salz mit Selterserwasser verabreicht; da die Verdauung sich besserte, so wurde Ferr. carbon. sacchar. verordnet. Am 11. Dezember wurde ein absteigender galvanischer Strom von 12, allmälig auf 20 gesteigerten Stöhrer'schen Elementen applicirt. Am 30. Januar 1877 konnte eine bedeutende Besserung des Zustandes constatirt werden, das Körpergewicht und der Umfang des rechten Beines hatten zugenommen, letzteres war ebenso kräftig wie das linke, die Sehnenreflexe und die Krämpfe nach Dorsalflexion des Fusses waren schwächer geworden, dafür aber eine geringe Contractur der Muskeln, an der hintern Oberfläche des rechten Oberschenkels eingetreten. Die anormale Schweisssecretion war bedeutend vermindert, die Anästhesie aber, bis auf eine geringe Empfindung auf Kneifen am linken Bein war dieselbe geblieben. Die vasomotorischen Erscheinungen traten besonders scharf nach dem Besuche der heissen russischen Badestube auf, streng halbseitig links, bei vollkommen trockener Beschaffenheit der rechten Körperhälfte. Die Schmerzen im Rücken blieben dieselben; Temperatur während der ganzen Beobachtungszeit normal, Puls zwischen 64 und 56 schwankend, Harn immer normal.

Es folgen im Original noch eine Recapitulation der Symptome und ein Vergleich mit dem Müller'schen bei Leyden, Rückenmarkskrankheiten I. pag. 99 citirten Falle welche Ref. übergeht.

Dr. Hinze (St. Petersburg).

---

11) **Eisenlohr** (Hamburg): Neuropathologische Beiträge.
(Archiv für Psychiatrie VIII. 2.)

1. Verf. beschreibt 2 Fälle von *subacuter vorderer Spinallähmung.* Der erste zeichnete sich durch die Raschheit des Verlaufs und die Promptheit der Wiederherstellung der befallenen Muskeln aus. Der zweite ist interessant für die Beziehungen zwischen vorderer Spinallähmung und progressiver Muskelatrophie. Bei einem syphilitischen Individuum hatte sich eine Atrophie der Muskulatur hauptsächlich der rechten Ober- und der linken Unterextremität entwickelt. Fast alle befallenen Muskeln zeigten keine Lähmung, abgesehen von dem durch die Atrophie bedingten Reaktionsdefect, auch die indirekte Erregbarkeit für beide Stromesarten war erhalten, während bei directer Reizung der befallenen Muskeln Entartungsreaction constatirt wurde. Somit hätte der Fall zur progressiven Muskelatrophie gerechnet werden müssen, wenn nicht von Anfang an eine Lähmung und Atrophie der linken Wadenmusculatur und enorme Herabsetzung der faradischen und galvanischen

Erregbarkeit des Nerv. tibialis sinister vorhanden gewesen wäre. Verf. hält diesen Fall, dessen Beobachtung übrigens noch nicht abgeschlossen ist, für eine Combination einer atrophischen Spinallähmung und eine progressiven Muskelatrophie.

2. Verf. theilt 2 Fälle von Tetanie mit, in denen die zuerst von Erb beschriebene Steigerung der Erregbarkeit motorischer Nerven gegen den galvanischen Strom in ausgezeichneter Weise vorhanden war. Dieselben sind bemerkenswerth durch einen ausserordentlich prompten Heilefect der galvanischen Behandlung. Im zweiten Falle war die Steigerung der Erregbarkeit noch nachweisbar zu einer Zeit, wo es nicht mehr gelang durch Compression der Arterie oder der Nervenstämme die Krampfanfälle auszulösen.

Prof. Lichtheim (Jena).

---

12) Dr. **Laborde**. Einfluss des verlängerten Rückenmarkes auf die associirten Bewegungen der Augen.

(Nach Experimenten an Hunden. Gaz. med. de Paris. 1878 Nro. 3.)

Die Folge einer Verletzung des Cerebellum sind disociirte Bewegungen, Incoordination der Augäpfel, die sich in convergirender oder divergirender Schielstellung beider Augen manifestiren. Zur Erklärung der normalen associirten Bewegungen beider Augen nach derselben Seite hin nimmt man eine Verbindung des Kernes vom 6. Gehirnnerven einer Seite mit dem des 3. der anderen Seite an, und liegt dieses Communicationsband in der Höhe der unteren corpora quadrigemina. Wird nun dieser Kern des 6. Gehirnnerven an der Eminentia teres im 4. Ventrikel verletzt, so tritt sofort conjugirte Abweichung der Augen, Nystagmus, und Seitwärtsdrehung des Kopfes ein. Wird der Kern indess nicht vollständig zerstört, so erfolgt auf die durch die Verletzung stattgehabte Reizung des restirenden Theiles des Kerns Deviation nach der Seite der Verletzung. Wird derselbe gänzlich zerstört, so werden die Augäpfel nach der der Verletzung entgegengesetzten Seite abgelenkt. Im ersten Falle wird der Abducens auf der Seite der Verletzung gereizt und gleichzeitig der Internus der entgegengesezten Seite mitangezogen. Im 2. Falle tritt vollständige Ausschaltung dieser beiden Muskeln ein, allein ihre Antagonisten wirken, die Augen werden nach der der Verletzung entgegengesetzten Seite abgelenkt.

Dr. Nieden (Bochum).

---

13) **Bull**, (New-York): 4 Fälle von Stauungspapille nach Kopfverletzungen.

(Americ. Journal of med. Sc. Oct. 1877.)

1) Ein 6jähriges Mädchen erleidet 2 Kopfverletzungen, nach 3 Monaten ist in Folge von Stauungspapille Amaurose eingetreten.

2) Ein Knabe, 9 Jahre alt, stürzte von der Treppe; ebenfalls nach Verlauf von 3 Monaten traten Sehstörungen ein, die ihre Ursache in Stauungspapille beider Augen hatten, von denen das eine nach weitern 6 Monaten durch Atrophie des Sehnerven amaurotisch wurde.

3) Ein Mädchen fiel in ihrem 4. Jahre und konnte nicht mehr gehen.

im 7. Jahre 2. Fall, in Folge dessen sie eine Meningitis durchmachte. Nach 1/2 Jahr trat Amaurose ein, es wurde atrophische Stauungspapille constatirt, daneben Taubheit, Caries der Wirbel und Paraplegie und Störung im Wachsthum vorhanden.

4) Ein 4jähriges Mädchen wurde 4 Wochen nach einem schweren Fall stupid und schlafsüchtig. Taumel und Brechneigung, Kopfschmerz trat ein, Sehstörung folgte, die letztere ihren Grund in Atrophie des Sehnerven des rechten Auges und Stauungspapille des linken Auges hatte.

Dr. Nieden (Bochum).

---

14) **Vincent** (Paris): Ueber die Pupillen-Phänomene bei Ataxie und Paralyse.

(Paris. Dissert. 1877. 129 S.)

Die Myosis bei Ataxie ändert sich nicht bei Lichteinfall, wenig nur bei Atropinisirung, wohl aber durch die Accomodation. Aus 82 Fällen von Tabes und Paralyse nach Charcot folgt, dass im Beginn der Ataxie die Myosis nicht beobachtet wird. (Stimmt mit Hirschberg's und unseren Beobachtungen, wo grade Myosis eines der frühesten Symptome war, nicht überein. Ref.) *In einem späteren Stadium ist die Myosis häufig und die Contractilität unter Lichteinfluss aufgehoben.* Nach mehr als 10 Jahren sind die Pupillen unbeweglich, aber entweder erweitert oder verengt oder von mittlerer Weite. Im Beginn der Paralyse sind die Pupillen ungleich und reagiren weniger auf Lichteinfall als auf Accomodation. —

Dr. Nieden (Bochum).

---

15) **J. Christian** (Maréville). De la nature des trubles musculaires dans la paralysie générale des alienés. 14 p. 8⁰.

Verfasser hat, von der Betrachtung ausgehend, dass in keinem Stadium der allgemeinen Paralyse der Irren eine wirkliche *Lähmung* der Muskeln stattfinde, sondern dass im Anfang nur Ataxie, und auch ein Ausgangsstadium nur zeitweise Muskelparalyse beobachtet wird, dynamometrische Versuche mit einem Material von 22 Kranken, meist im späteren Stadium der Krankheit, dergestalt angestellt, dass er, unter jedesmaliger Vergleichung mit dem Körpergewicht, den Dynamometer von Robert und Colin dem Kranken in die rechte, dann in die linke Hand gab, und das Maximum des Druckes notirte Versuche, auch die Muskelkraft der unteren Extremitäten zu prüfen, schlugen fehl, hauptsächlich durch die geringe Anstelligkeit der Kranken. Aus 218 Einzelversuchen (109 für jede Seite) und 44 (22) Mitteln ging hervor:

1) Die erhaltenen Mittel sind im allgemeinen etwas kleiner als im normalen Zustande, (nach Michea ist der Druck der Hand bei einem gesunden ca. 30jähr. Menschen — 50 Kilo), nur 5 Mal wurde das Mittel überschritten; die linke Hand erwies sich fast immer erheblich schwächer. Es findet also eine wirkliche Abschwächung der Muskelkraft, wenn auch keine erhebliche, statt; nur 7 Mal fand sich die dynamometrische Kraft unter 20 k.

2) Es besteht *keine* Beziehung zwischen der Verringerung der Muskelkraft und den Fortschritten des Marasmus resp. der Abnahme des Körpergewichts. Selbst nach Ablauf mehrerer Monate, während welcher der Marasmus erhebliche Fortschritte gemacht hatte, gab das Dynamometer die gleichen Resultate wie vorher.

3) Die „allgemeinen Paralyse der Irren" ist zu keiner Zeit ihrer Entwicklung eine Krankheit paralytischer Natur (doch nur im engeren Sinne genommen! Ref.). Bis zu seinem Tode bewahrt der Kranke den *Willen* und die *Möglichkeit* seine Muskeln kräftig zu contrahiren.

Dr. G. Salomon (Hamburg).

---

16) **Solaville** (Poitiers). Heilung einer schweren Melancholie nach Selbstverstümmelung der Geschlechtstheile.

(Annales médico-psychologiques, März 1878).

R., Taglöhner, 33 Jahren alt, ein sehr fleissiger und braver Mann, erkrankt nach dem Tode seiner Frau an tiefer Melancholie mit zahlreichen Gehörshallucinationen, die ihm namentlich vorwerfen, er habe diesen Tod verschuldet durch sexuellen Missbrauch der Frau.

Nach einjähriger Krankheitsdauer wird R. der Anstalt zu Poitiers übergeben. Dort benimmt er sich ruhig und fleissig, leidet aber sehr unter seinen „Stimmen", die ihn mit Feuertod und andern Qualen bedrohen; fast bei jeder Visite bittet er die Aerzte „die Operation vorzunehmen, die ihm allein Heilung verschaffen könne."

Dieser Zustand bleibt sich ca. 6 Wochen lang gleich; da benutzt R. eine sich zufällig bietende Gelegenheit, um sich mit einem alten, stumpfen Messer das Scrotum beinahe ganz abzuschneiden. Merkwürdiger Weise überlebt der ohnehin sehr anaemische Kranke diese enorme Verletzung trotz sich einstellendem Collaps und Fieber, und mit der Heilung der Wunde bessert sich auch in auffallendster Weise der psychische Zustand; die Hallucinationen verschwinden vollständig und mit ihnen auch die Wahnideen; 4 Monate nach der Aufnahme und $2^1/_2$ Monate nach der Verwundung kann Patient, körperlich und geistig genesen, aus der Anstalt entlassen werden.

Dr. Sury-Bienz (Basel).

---

17) **Garnier:** Verfolgungs- und Grössenwahn.

(Des idées de grandeur dans le délire des persecutions. Paris, 1878 Baillière et fils. 8⁰. frcs. 4, 50.)

Der Verfolgungswahn ist bei Geisteskranken sehr häufig, Lasègue fand unter 665 Geisteskranken 96 Verfolgte, Moreau unter 51 Frauen 16, das Verhältniss ist also bei Männern wie 1:6,5 bei Frauen 1:3. Legrand du Saulle rechnet auf 5—6 Geisteskranke einen mit Verfolgungswahn. Er kommt zumeist zwischen dem 30. und 40. Jahre vor, obschon er auch im Jünglingsalter nicht so selten ist; Erblichkeit spielt auch hier, wie bei allen Psychosen eine grosse Rolle. Gefährlicher ist sie jedoch von Seiten der Mutter,

in 453 Fällen konnte Baillarger 271 mit Erblichkeit von Seiten der Mutter, in 182 von Seiten des Vaters nachweisen und zwei Drittel aller Verfolgten sind überhaupt erblich belastet. Als Gelegenheitsursachen gelten alle jene, die man bei Psychosen überhaupt beschuldigt, insbesondere aber soll Onanie und schlechte Behandlung im Kindesalter gefährlich sein, letztere soll die Ursache sein, dass bei Verfolgungswahn so häufig uneheliche Geburt des daran Leidenden nachweisbar ist.

Man kann den Verfolgungswahn in 3 Perioden eintheilen, eine Periode des Beginns oder der Incubation, eine zweite der Fixirung, der Systematisation und eine dritte Endperiode, (die der Krystallisation, Falret's délire stéréotypé). Das Leiden beginnt nicht plötzlich und stürmisch, sondern mit verschiedenen unbestimmten Empfindungen und Klagen, welche so zu sagen, die Prodrome bilden. Der Kranke wird von einer Aengstlichkeit ergriffen, deren Grund er nicht näher angeben kann, ein allgemeines geistiges Unbehagen stellt sich ein, das Lasègue dem Schüttelfrost vergleicht, der manche acute Krankheit einleitet. Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, allgemeine Prostration stellen sich ein, die traurige Verstimmung, und diese Erscheinungen, Anfangs vorübergehend halten später fortwährend an und modificiren den ganzen Character des Kranken. Das Vage und Unbestimmte der Ideen, die körperliche und geistige Niedergeschlagenheit characterisiren diese Periode, welche entweder von so kurzer Dauer ist, dass sie der Umgebung ganz entgeht, oder sich durch lichte Intervalle, in denen der Kranke fast zur psychischen Norm zurückkehrt, unterbrochen lange Zeit anhalten kann. Nach verschieden langer Dauer beginnt nun die zweite Periode, der Kranke fragt sich nach der Ursache aller seiner Leiden, und die Antwort lautet, dass er verfolgt wird. Anfangs begnügt er sich mit derselben, ohne, wie doch ein gesunder Mensch unter ähnlichen Verhältnissen thun würde, nach der Ursache, nach einem Grunde zu forschen. Allmälig wird aber die Sache anders, der Kranke, der nie diese Angst, nie diese Leiden empfunden, gibt sich nun alle erdenkliche Mühe, die Ursache derselben zu entdecken; die verschiedensten Gründe werden erwogen und wieder verworfen, endlich aber bleibt der Kranke bei irgend einem Motiv, einer Ursache stehen, und so bildet sich allmälig die fixe Idee aus. Anfangs sucht der Kranke selbst noch, diese zu widerlegen, allmälig aber gibt er diese Einwände auf, und ist fest überzeugt von der Wahrheit seiner fixen Idee, seines Erklärungsversuches. Es geschieht dies um so leichter, da er meist durch Hallucinationen darin bestärkt wird. In dieser Periode will sich der Kranke mitunter noch seinen Verfolgern entziehen, er wechselt die Wohnung, wandert von Haus zu Haus, von Stadt zu Stadt, von Land zu Land, er schifft selbst über das Meer — leider meist ohne Erfolg. Für eine kürzere oder längere Zeit gelingt es ihm mitunter, seine Verfolger zu täuschen, ihnen zu entgehen, ein reeller Erfolg tritt aber kaum jemals ein, über kurz oder lang finden ihn doch seine Verfolger wieder auf, das alte Leiden, die alte Qual und Pein beginnt von Neuem. In der letzten Periode endlich bildet sich der Kranke zur Erklärung seiner Leiden ein

förmliches System. Er hat jederzeit eine Erklärung zur Hand, wie man ihn fragt, antwortet er mit seiner fixen Idee, die Polizei, die Freimaurer, die Elektricität, die verschiedensten Maschinen, die verschiedensten Geister und Kobolde (für welche, sowie für die erlittene Qualen sehr oft neue Ausdrücke erfunden werden Ref.) sind es, von denen der Kranke nun dem Fragenden ausführlich erzählt. (Uebrigens ist dies nicht immer der Fall, und einzelne Kranke verbergen sehr sorgfältig ihre fixen Ideen Ref.) Es sind meist einzelne Worte, Sätze und Phrasen, in denen sich der Kranke stets ergeht, und alle Kranken — wie verschieden auch ihr Alter, Stand, Geschlecht etc. sein mag, zeigen in dieser Hinsicht eine gewisse Aehnlichkeit. Das Delirium hat sich fixirt, und wenige Veränderungen desselben finden statt. Der Kranke lebt nur seiner fixen Idee, nichts interessirt ihn weiter, nichts hat mehr Einfluss auf ihn, der Bürger, der Vater ist verloren gegangen, der Geisteskranke allein besteht fort (Legrand du Saulle) und hat jene beiden überlebt. Wie schon erwähnt, sucht sich der Kranke mitunter seinen Verfolgern durch die Flucht zu entziehen, nicht immer aber verhält sich die Sache so, in andern Fällen entschliesst er sich — allerdings mitunter nach langem Zögern — gegen seine Feinde zu reagiren, sich ihrer zu entledigen, der Vorfolgte wird nun selbst zum Verfolger und dadurch zum gefährlichsten aller Geisteskranken, denn im gegebenen Moment, das oft mit aller erdenklichen Schlauheit herbeigeführt wird, stürzt er sich auf seinen Verfolger, um ihn zu ermorden, und begeht mit der vollsten Ueberzeugung, in seinem Rechte zu sein, die schrecklichsten Verbrechen. Eine besondere Eigenthümlichkeit dieser Kranken ist es ferner, dass sie nicht selten glauben, ihre Leiden und Qualen seien der ganzen Welt bekannt, und dass sie dann durch darauf bezügliche Fragen in Erregung gerathen, indem sie solche für Spott nehmen und dgl. Weiter werden die verschiedenen Arten des Verfolgungswahns nach Krafft-Ebing geschildert, der Wahn physikalisch gemartert zu werden, Vergiftungswahn etc. der „Querulans-Wahnsinn“ für den G. keinen passenden französischen Ausdruck findet, die wahnsinnigen Hypochonder aber nicht erwähnt, die sich in irgend einer Krankheit vom Arzte falsch behandelt, bleibend in ihrer Gesundheit geschädigt glauben und nun gegen die Aerzte Processe auf Schadenersatz anstrengen, ja diesen nach dem Leben streben. Manche Aerzte sind durch solche Kranke ermordet worden.

Eine besondere Form ist noch das sog. Zwillings-Irrsein (délire à deux, auch in einem Falle bei 3 Schwestern unter dem Namen Mania tripartita beschrieben). Leben Kranke dieser Art längere Zeit mit andern Personen zusammen, so gewinnen sie mitunter einen so grossen Einfluss auf sie, dass diese ganz in ihre Ideen eingehen, ihre Ansichten theilen, mit einem Worte ebenfalls erkranken. So geht die Krankheit von der Mutter auf die Tochter*), von der Schwester auf die Schwester, von der Herrin auf die Dienerin über, und namentlich in neuerer Zeit sind mehrere solcher Fälle veröffentlicht worden, die hier zu wiederholen der Raum fehlt, so interessant und

*) Vergl. Referat Nr. 21 in diesem Hefte.

wichtig sie auch sind. Dem Verf. sind nur wenige bekannt geworden, und ist namentlich in diesem Punkte, wie in manchen andern, die Arbeit nichts weniger als musterhaft zu nennen, so dass sie mehr durch die Wichtigkeit des Gegenstandes, den sie behandelt, als durch die Art der Durchführung Aufmerksamkeit verdient.

Hallucinationen des Gehörs sind ungemein häufig, man hat sogar die Frage aufgeworfen, ob Verfolgungswahn überhaupt ohne solche vorkommen könne. Doch kann dieses in der That der Fall sein. Sehr selten kommen Hallucinationen des Gesichts vor, ist dieses doch der Fall, so liegt die Vermuthung vorangegangener Alcoholexcesse sehr nahe. Die Gehörstäuschungen kommen erst bei vollständig ausgebildeter Krankheit vor, mitunter gehen ihnen Illusionen voran, doch müssen diese nicht nothwendig die Hallucinationen einleiten, kommen ja letztere auch bei ganz Tauben vor. Eine Besonderheit dieser Krankheit ist es, dass die daran Leidenden sich nie durch den Gesichtssinn zu überzeugen suchen, ob die Personen von denen die Stimmen ausgehen, wirklich da sind. Endlich ist es bezeichnend, dass der Kranke fast stets dieselben Stimmen, dieselben Worte hört, während beim Alcoholismus eine grosse Mannigfaltigkeit, ein häufiger Wechsel statt findet. Täuschungen des Geruchsinnes sind ebenfalls häufig, sie kommen meist erst nach jenen des Gehörs, und sind von Täuschungen des Geschmacksinns begleitet. Letztere sind ungemein quälend, man gibt den Kranken Menschenfleisch, man vergiftet ihre Speisen etc. und die Betreffenden wenden alle mögliche List an, um ihren Verfolgern zu entgehen. Sie leben nur von den einfachsten Sachen, nehmen mit Vorliebe nur Eier, sie kaufen selbst ihre Speisen ein und z. jedesmal in einem andern Laden, sie suchen die entferntsten Läden auf, wo man sie nicht kennt, holen selbst das Wasser vom Brunnen, melken selbst die Kuh oder Ziege etc. Störungen des Gemeingefühls sind auch sehr häufig, treten aber in der Regel auch später auf, als die Hallucinationen des Gehörs. Hierin Details einzugehen ist unmöglich, die Kranken leiden alle möglichen und unmöglichen Qualen, für die sie mitunter neue Worte schaffen:

Der Grössenwahn kann sich allmälig aus dem Verfolgungswahn herausbilden. Der Kranke fühlt sich unglücklich, elend, und kommt allmälig zu der Ueberzeugung, dass sein ganzer Zustand, alle seine Leiden und Qualen nur das Werk seiner Feinde sein können, damit drängt sich ihm nun weiter der Gedanke auf, er müsse eine ganz besondere, eine sehr wichtige Person sein, sonst könne seinen Feinden nicht so viel an seiner Verfolgung, an seiner Vernichtung liegen. Er ist nicht mehr er selbst, nicht das Kind eines armen Handwerkers etc., sondern er stammt aus einer grossen vornehmen Familie, man hat ihn in der Wiege umgetauscht, man wollte sich seiner entledigen etc. Mitunter wird aber der Grössenwahn auch durch Hallucinationen bedingt, unbekannte Stimmen enthüllen ihm das Geheimniss seiner Abkunft, er hört er sei ein Graf, Fürst, ein Königssohn etc., oder er hört Unterredungen verschiedener Leute, und entnimmt aus diesen indirect, wer er eigentlich sei. Und diese Idee seiner vornehmen Herkunft, der Grössenwahn wird nun zum Grundpfeiler, um den sich alle Gedanken des Kranken drehen, auf dem er sein

ganzes System aufbaut. Der Verf. geht dann auf die Verschiedenheiten dieses Grössenwahns von der Megalomanie bei der Paralyse der Irren ein, doch kann Ref. hier in die Details nicht folgen.

Prognose. Im Beginne des Leidens ist der Grad der Verstimmung sehr verschieden, während sie bei dem Einen nur eine unmotivirte Unzufriedenheit ist, eine Arbeitsscheu, Unverträglichkeit, die sich durch ein Gewirre von Anklagen, Beschuldigungen, Verwünschungen etc. Luft macht, ist sie bei andern eine plötzliche Traurigkeit und Schweigsamkeit, der Kranke isolirt sich, nimmt an keinem Umgange mehr Theil, wird ängstlich, glaubt sich allseitig verfolgt etc. (Spielmann) In den ersten Anfängen des Leidens ist die Prognose nicht ungünstig (?? Ref. Sagte doch schon Esquirol: Diejenigen, welche sich selbst anklagen, sind leicht heilbar, diejenigen aber, welche andere anklagen, genesen selten). Sobald aber der Kranke sich bei gewissen Vorstellungen fixirt, sobald er eigene Worte, eine eigene Sprache zu bilden anfängt, ist er unheilbar geworden. Im Beginne des Leidens können auch Remmissionen eintreten und durch diese wird allmälig die Genesung eingeleitet, oder die Remmissionen schwinden und machen neuerdings der Krankheit Platz. Sehr zu beachten ist auch der Umstand, dass solche Kranke ihre Wahnvorstellungen, ihre fixen Ieeen und Hallucinationen sehr gut zu verbergen wissen, wenn sie dadurch etwas erreichen können oder wollen, sie sind Meister in der Dissimulation, wenn sie z. B. ihre Entlassung aus einer Irrenanstalt bewirken wollen. Auch Exacerbationen des Leidens, selbst in der Form maniakalischer Anfälle können vorkommen; auch diesen kann Genesung folgen, oder es besteht nach ihnen das Leiden unverändert fort, ja es kann sogar eine Verschlimmerung eingetreten sein. Das Hinzutreten des Grössenwahns zum Verfolgungswahn verschlimmert ebenfalls die Prognose, ja es ist fast ein sicheres Zeichen der Unheilbarkeit. Das Leben der Kranken erscheint übrigens, da alle tiefere organischen Lässionen fehlen, nicht gefährdet, sie leben, zumal bei gehöriger Pflege in den Anstalten, 15—20 Jahre und länger. Nachträglich sei noch erwähnt, dass beim Schwachsinn zumal beim angeborenen, gar nicht selten Verfolgungswahn vorkommt.

Behandlung. Die vor einigen Jahren von Hiffelsheim versuchte Elektricität, von der Baillarger einigen Erfolg gesehen hat, hat sich eben so wenig bewährt, wie die von Moreau empfohlene Datura oder Hachich, der von Lisle gepriesene Arsenic und die von Garnier gerathenen harzigen, aromatischen, und Dampfbäder. Weiter werden bei eintretender Aufregung prolongirte laue Bäder empfohlen, Bromkali und salinische Purganzen. (auch nasse Einwicklungen können mit Vortheil versucht werden.) Douchen sind zu vermeiden, zumal im acuten Stadium, da sie den Kranken nur aufregen. Das Wichtigste und Werthvollste bleibt aber eine gänzliche Veränderung der Verhältnissen. Mitunter leisten Reisen sehr viel, das Beste bleibt aber immer die Versetzung der Kranken in eine Anstalt. Hier fühlen sie sich, zumal im Anfang oft sehr wohl, da sie hier wenigstens eine Zeit lang, dem Einflusse ihrer Verfolger entzogen sind. Die meisten Processe wegen unrechtmässi-

ger Freiheitsberaubung werden von diesen Kranken theils gegen die Aerzte der Anstalten, theils gegen ihre Verwandten, Curatoren etc. angestrebt. (Eine Mutter im Irrenhause, der Process Sandon etc.)

Die forensische Seite dieses Leidens ist aber die wichtigste. Mit Unrecht hat Maret 3 Klassen dieser Kranken unterschieden, a. solche die gar nicht: b. solche die nur sich, c. solche die andern gefährlich sind. Der Vorfolgte gehört zu den gefährlichsten Geisteskranken, denn er kann in jedem Moment zum Verfolger werden und begeht dann mit kaltem Blute die schrecklichsten Verbrechen. Aber es gibt noch eine andere Möglichkeit, auf die der Verf. nicht aufmerksam gemacht hat; diese Kranke morden nämlich nicht bloss ihre vermeintlichen Feinde, um sich zu rächen, um sich von ihnen zu befreien und sehen darin nichts weiter als einen Act gerechter Nothwehr, sie morden auch „selbst ganz beliebige Unbekannte, um nur vor die Assisen zu kommen und es an die Oeffentlichkeit zu bringen, wie schändlich sie verfolgt und von der Obrigkeit verlassen waren.“ (Krafft-Ebing) Besser ist die Eintheilung von Magnan: der Kranke entflieht seinen Feinden, oder er beschränkt sich auf die blosse Vertheidigung oder endlich er geht selbst offensiv vor, er wird zum Verfolger. Ueber die Unzurechnungsfähigkeit solcher Kranken kann, wie Tardieu mit Recht hervorhebt, gar kein Zweifel sein, aber eben so wahr sind seine ferneren Worte, dass Kranke dieser Art am häufigsten verkannt und verurtheilt werden. Namentlich die Geschworenen leisten in dem Talente, sich gegen psychiatrische Belehrung die Ohren hermetisch zu verschliessen, Unglaubliches (A. Krauss) sie, die von Geisteskrankheiten eben so wenig wissen können, wie etwa von verwickelten Fragen der Astronomie oder Geologie (Davey) sie, die man in ihrer vollkommenen Unabhängigkeit zu einem folgerichtigen Denken nicht nöthigen kann (Iessen) haben es sogar zu Stande gebracht, in einem bekannten Falle gegen den Antrag des Staatsanwalts Zurechnungsfähigkeit anzunehmen. Ref. hat es wiederholt erlebt, dass trotz ärztlich constatirter Unzurechnungsfähigkeit die Jury ein Schuldig sprach, bei notorisch crasser Simulation dagegen trotz ärztlicher Einsprache Unzurechnungsfähigkeit, Geisteskrankheit annahm; doch es handelt sich ja hier um keine Philippica gegen die Jury, die haben schon Andere besser besorgt, wenn auch leider ohne Erfolg, es handelt sich nur darum, aufmerksam zu machen, dass die meisten verurtheilten Geisteskranken an Verfolgungswahn, oder Epilepsie gelitten haben, die nicht erkannt und gewürdigt worden sind. Durch diesen Umstand erhält eben der abgehandelte Gegenstand eine ungemeine Wichtigkeit für jeden Arzt, der ja leicht in die Lage kommen kann, einen solchen Kranken zu beurtheilen (finden sich Kranke dieser Sorte doch fast eben so häufig ausser als innerhalb der Irrenhäuser) und aus diesem Grunde wurde auf diese Brochüre Garnier's gründlicher eingegangen, als sie es trotz ihrer zahlreichen Mängel verdient, ist sie doch nur eine Dissertation — also eine Schülerarbeit (Leubuscher) im schlechteren Sinne des Wortes. Aber der Gegenstand selbst ist zu wichtig, um auch nur den kleinsten Beitrag, den kleinsten Ver-

such zu seiner Aufklärung unbeachtet zu lassen, und durch die beigegebenen 28 Krankheitsgeschichten erhält die Arbeit doch einen gewissen nicht zu unterschätzenden Werth.

Dr. Smoler (Prag).

---

18) **Burchhardt** (Waldau). Beobachtungen über die Temperatur Geisteskranker.

(Archiv für Psychiatrie. VIII. 2.)

Verf. berichtet über eine Zahl systematisch angestellter Temperaturmessungen bei Geisteskranken. Die abnorme Befunde theilt er in 3 Kategorien:

1. Quantitativ und qualitativ regelmässig verminderter Gang der Temperaturen. Es handelt sich dabei um abnormen Tiefstand der Temperatur (Temperaturminimum bis 34,5°), sehr wechselnde, meist grosse Tagesschwankungen und typus inversus der Tagescurve. Diese Temperaturverhältnisse fanden sich bei Melancholikern wie bei Maniakalischen.

2. Qualitativ und quantitativ unregelmässig veränderter Gang der Temperatur. Hier wechseln dieselben Eigenthümlichkeiten in unregelmässiger Weise mit normalem Verhalten.

3. Quantitativ veränderter Gang der Temperatur mit gar nicht oder selten verändertem Typus. Hier beschränken sich die Abweichungen im Wesentlichen auf niedrige Temperaturminima.

Verf. erörtert die Ursachen dieser Abweichungen. Er hält es für unwahrscheinlich, dass der Grund in einer Aenderung der Wärmeproduction oder Wärmeabgabe zu suchen sei und ist geneigt, denselben in einer mangelhaften Function der centralen Wärmeregulirung zu finden. Hierfür scheinen ihm unter Anderm die häufigen Temperaturabweichungen zu sprechen, welche die fieberhaften Krankheiten mit typischem Temperaturverlauf bei Geisteskranken zeigen.

Einen Mangel des Aufsatzes muss ich darin erblicken, dass der Leser desselben nicht erfährt, wie häufig derartige Temperaturabweichungen bei Geisteskranken sind, ob sie eine regelmässige Erscheinung oder eine Ausnahme darstellen. Zum Schlusse gibt Verf. einige prognostische und therapeutische Fingerzeige. Grosse Tagesschwankungen mit typus inversus solle einen ungünstigen Verlauf charakterisiren, während dieselben bei typus rectus der Tagescurve weniger ungünstig aufzufassen sind. Ferner empfiehlt er, bei habituellem Tiefstand der Temperatur jedes abkühlende Verfahren zu vermeiden.

Prof. Lichtheim (Jena)

---

19) **Boettcher** (Carlsfeld): Die Nahrungsverweigerung der Irren.

(Leipzig, Zangenberg und Himly, 1878. 8°, 38 Seiten.)

Das Schriftchen bringt für den Irrenarzt nichts Neues, und gewährt dem Praktiker, der, in die Nothwendigkeit versetzt einen Irren künstlich ernähren zu müssen, Belehrung sucht, nur geringen Anhalt, weil eine Reihe der wichtigsten Fragen, die das Thema in sich schliesst, kaum andeutungsweise Erwähnung gefunden haben. Aufzählung der verschiedenen Krankheitsbilder, bei denen N. vor-

kommt, Anführung ihrer mannigfachen psychopathischen Motive, Bemerkungen über Lungengangraen bei der N. und der künstlichen Fütterung, Mittheilung einiger Sectionsbefunde (Knickung und Senkung des Colon transversum, Verwachsung desselben mit der Leber) cursorische Schilderung der verschiedenen Methoden der künstlichen Fütterung bilden im Wesentlichen den Inhalt der Schrift. Verf. entscheidet sich mit Recht für die Mundfütterung und verwirft die durch die Nase aus zwei Gründen: leichtes Abweichen vom rechten Wege und Umbiegen der Sonde. Der m. E. wichtigste Grund zu Gunsten der Fütterung per os wird nicht angeführt; er liegt in Folgendem: bei der Fütterung durch die Nase muss man sich immer einer sehr dünnen Sonde bedienen, die den Oesophagus nicht ausfüllt und dadurch wird ermöglicht, dass der Kranke durch irgend eine abwehrende Bewegung einen Theil der ihm eingeflössten Flüssigkeit neben der Sonde in die Höhe würgen kann. Diese regurgitirte Flüssigkeit vermag in die Trachea und die Lungen zu gerathen, und ich suche hierin das aetiolog. Moment der Lungengangraen primo loco. Man füttere per os, und bediene sich einer möglichst dicken Sonde; man führe dieselbe aber nicht aus freier Hand ein, sie versuchsweise ein- und zurückschiebend, bis man endlich jedes Hinderniss beseitigt hat und die Sonde ohne Hinderniss nach abwärts gleitet (pag. 30) wobei meist kleine Verletzungen im Rachen entstehen, sondern man bringe die Sonde unter Leitung des Zeigefinges der linken Hand ein, den man, an der rechten Seite des Patienten stehend, ihm weit in den geöffneten Mund führt und die Epiglottis niederdrückt. Dann kann man die Sonde mit sanftem Drucke in einem Tempo sicher in den Oesophagus dirigiren. Verf. legt dem Kranken stets die Zwangsjacke an und füttert den Kranken im Sitzen. Ersterem kann ich nur beistimmen; die zweckmässigste Lage scheint mir jedoch die horinzontale zu sein, und zwar mit gespreizten freiliegenden Beinen; dadurch wird ihm jeder Halt genommen und auch die Bauchpresse kann viel weniger Würgebewegungen hervorrufen. Wenn der Kranke sie trotzdem versucht, so spritzt Verf. unter dem Drucke einer Spritze die Flüssigkeit in die Schlundsonde. Wenn der Kranke auch diesen Druck überwindet, oder nach beendigter Procedur und entfernter Sonde erbricht, sich die Magengegend mit Faustschlägen tractirt und was solcher Geduld und Ausdauer des Arztes herausfordernder oppositioneller Versuche mehr sein mögen? die Fälle sind in dem Schriftchen des Verf. nicht vorgesehen; ich habe mir stets erfolgreich geholfen mit einer dreisten Dosis Morphium mit Atropin vor der Fütterung subcutan beigebracht, oder habe als Erstes in die Sonde Chlorallösung fliesen lassen. Pat. schlief dann meist während des Fütterns schon ein und wenn er später erwachte, war zum Erbrechen nichts mehr im Magen vorhanden. Ganz unberücksichtigt bleibt die Frage nach dem Quale? der Substanzen die zur Sondenfütterung verwendet werden sollen. Es wird zwar mitgetheilt, (pag. 32) dass Verf. „Milch, rein oder mit Ei, Bouillon mit oder ohne Ei, Warmbier oder Chocolade oder Cacao anzuwenden pflegt, und dass 1 bis 2 mal täglich 1 bis 1½ Liter dieser Mischung dem Patienten eingeführt werden,“ nichts

9

verlautet aber darüber, ob diese Zusammenstellung von Nahrungsmitteln wirklich eine *Nahrung* im Sinne Voigt.'s ist, die nur durch das richtige Verhältniss von Eiweiss, Fett und Salzen ermöglicht den Körper auf einem gewissen *normalen* Stande zu erhalten. Nichts verlautet ferner darüber, dass ein Kranker der künstlich gefüttert wird zur Controlle ob die Nahrung ausreicht, womöglich täglich gewogen werden, dass sein Urin auf Eiweiss-untersucht (ist stets bei vorwiegender Eiernahrung vorhanden) dass auf Oedeme geachtet werden muss — gar nicht zu gedenken der Berücksichtigung, welche die Menge der ausgeschiedenen Faeces, des Urins, des Harnstoffes beanspruchen. Entgegen der Behauptung des Verf. (pag. 32) dass „bei einer Ernährung durch die Sonde natürlich nur von Flüssigkeiten die Rede sei" will ich vorübergehend bemerken, das sehr wohl Fleisch durch die Sonde beigebracht werden kann, wenn es in rohem Zustande geschabt, von allen Fasern befreit, durch ein feinlöcheriges Sieb gedrückt mit Wasser oder Milch angerührt wird. Als eine allen chemisch-physiologischen Anforderungen entsprechende Combination zur Sondenfütterung empfiehlt sich folgende Tagesportion, die, wenn ich mich nicht irre, auch in der Irrenabtheilung der Charité in Berlin zur Anwendung gelangt: 80,0 reines Amylum, 30,0 Malzmehl, 50,0 Milch, 30,0 Zucker, 200,0 Rindfleisch (bereitet wie oben angeführt) 400,0 Wasser, 200,0 Rothwein 5,0 Liebig's Fleichextract, 5,0 Kochsalz 30,0 Leberthran, 4 Eidotter.

Erlenmeyer.

---

20) **Bonfigli** (Ferrara). Ancora sulla questione delle pazzia morale. Lettera al Dott. Ugo. Palmerini.

(Rivista sperimentale di freniatria e med. legale, Anno III. Fasc III. Sep.-Abdr. pp. 15.

Bonfigli erörtert nochmal des näheren seinen Standpunkt in Betreff des „moralischen Irrseins," hauptsächlich gegenüber Tamassia u. A. Er betont, dass der moralische Wahnsinn keine Krankheitsspezies sei, da es kein bestimmtes Organ im Gehirn gäbe, in welchem der moralische Sinn etwa seinen Sitz habe, dass dieser vielmehr aus der Erziehung entstände, und immer ein Produkt der Aussenwelt sei. Das moralische Irrsein könne immerhin mit einer „Paraesthesie" und sonstigen Anomalien der Nerventhätigkeit verbunden sein, aber das *wesentliche* der Krankheit sei eine gewisse Schwäche, eine „Gracilität" des Gehirns, die *partiellen* Blödsinn oder Schwachsinn (imbecillità) herbeiführe. Die Bezeichnung „partielle Imbecillität" (da „Blödsinn" nicht recht diese Bezeichnung wiedergibt) zieht der Autor auch jeder anderen vor, da es eine primäre Läsion eines moralischen Sinnes nicht gäbe, ebensowenig wie constante und sichere Zeichen dieser moralischen Schwäche existirten, die nicht auch bei andern Formen von Geisteskrankheit vorkommen. Für die Diagnose könne man nur den ganzen Lebenslauf des fraglichen Individuums verwerthen, jeder andere Versuch zur Auffindung von Merkmalen (Formation des Schädels, Legrand) führe auf Abwege. Der Verf. plaidirt dann noch im Gegensatz zu Tamassia

für *partielle Verantwortlichkeit* solcher Individuen gegenüber der von letzterem verlangten absoluten Unzurechnungsfähigkeit, sagt aber trotz weitläufiger Auseinandersetzung nicht, wie weit der Grad der Verantwortlichkeit reichen solle, und ist der Meinung, dass richtig angewendete Strafen so gut wie ein jedes andere passende Correktionsmittel zur Besserung der Kranken (? Ref.) dienen könne. Der Umstand, dass wirkliche ausgebildete Geisteskrankheit bei moralisch-Irren entstehen könne, habe viel Verwirrung herbeigeführt; solche Zustände müssten streng aus einander gehalten werden, auch schon zur besseren Verständigung mit dem Richter. Als nomen morbi habe die folie morale ganz zu verschwinden, da keine ausgebildete Krankheit, sondern nur „Schwäche" des Gehirns und gewisser von ihm abhängiger Funktionen vorhanden sei.

Dr. G. Salomon (Hamburg).

---

21) **Mordret** (Mans). Gutachten über eine Mörderin.

(Annales médico-psychologiques, März 1878.)

Am 16. Jan. 1877 ermordete die 24jährige Henriette Detibault ihre 66jährige Tante; nach der That flüchtete sie sich heim zur Mutter und konnte dort erst nach gewaltsamer Oeffnung der Thüre verhaftet werden; beim Eintritt ins Haus lagen Mutter und Tochter auf den Knieen vor einem Crucifix.

Ohne zu leugnen, gestand die Tochter das Verbrechen ein und erklärte, sie habe die That nicht von sich aus, sondern im Auftrag des bösen Geistes gethan; freudig und ohne alle Gewissensbisse folgte sie der Polizei. Die Mutter wurde ebenfalls verhaftet unter der Anklage auf Mittwissenschaft. Bald mussten beide Angeklagte wegen Anzeichen von geistiger Störung zur Beobactung in die Irrenanstalt von Mans verbracht werden; hier erkannte man sofort ihre Geistesstörung und die beiden Explorandinnen wurden als *unzurechnungsfähig begutachtet und vom Gericht freigesprochen.*

Das sehr klar und überzeugend abgefasste Gutachten nimmt die Existenz einer „folie à deux" an; Mutter und Tochter sind uneheliche Kinder, ihr sittlicher Ruf ist ein sehr zweifelhafter; sie sind in der ganzen Gegend bekannt als sehr eigenthümlich, ausserordentlich abergläubig und zugleich sehr fromm; sie lebten ganz einsam, in den letzten Jahren fast menschenscheu, kümmerlich ihr Dasein fristend, dessen kleine Wechselfälle ihrem Aberglauben stets neuen Stoff zuführten. Jedes Ungeschick, das sie trifft, rührt von einem bösen Zauberer her; ihre Kühe und Ziegen werden verhext, ihre Lebensmittel vergiftet, zu diesem Verfolgungswahn, der Beide, Mutter und Tochter, gleichmässig betrifft, treten nun bei Letzterer auch noch häufige Gehörshallucinationen: Sie glaubt sich besessen der Böse befiehlt ihr Allerlei; so ertönt auch einmal, als sie im Wald ihrer Tante begegnet, ein Befehl: „schlage dies alte Weib nieder" — sie gehorcht — und das Verbrechen war geschehen! —

In der Anstalt selbst zeigten die beiden Explorandinnen ein total gleiches Verhalten, obwohl räumlich ganz getrennt: eine vollständig gleiche Art zu reden, zu urtheilen, überhaupt zu denken — nur im Grad und im Verlauf der Krankheit zeigte sich eine Verschieden-

heit: die Tochter blieb als schwer krank in der Anstalt, während die Mutter, auf ihr früheres Niveau von Aberglauben etc. zurückgekehrt, entlassen werden konnte.

Dr. Sury-Bienz (Basel).

---

22) **Boehr** (Berlin): Ein forensisch schwer zu beurtheilender Fall von Geistesstörung bei einem geschulten Verbrecher.

(Eulenberg's Viertelj. für ger. Medicin, 1878, II. Heft.)

Ein 31jähriger Maurergeselle S., dessen Vergangenheit in keiner Weise von der gewöhnlichen Lebens- und Leidensgeschichte eines ungebildeten Menschen der Arbeiterklasse abwich, war in dem Zeitraum von 1868—1874 schon viermal wegen schweren Diebstahls bestraft und niemals ergaben dabei weder Gerichts- noch Führungsacten aus den Strafanstalten den geringsten Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit. Als er dann aber wegen erneuten schweren mit grossem Raffinement ausgeführten Diebstahls nach 5 monatlicher Untersuchungshaft im Juli 1875 vor das Schwurgericht gestellt werden sollte, zeigte er sich von Mitte Juni an tobsüchtig, Verfolgungs- und Grössenwahnideen äussernd. Nach fast 2 monatlicher Beobachtung desselben in der Irrenstation der Charité wurde von einem Gerichtsarzte erklärt: „es sei ihm nicht zweifelhaft, dass S. geisteskrank, sich bis zum August zwar erheblich gebessert, aber noch nicht frei von Wahnvorstellungen und keineswegs gesund sei. Zu seiner Wiederherstellung dürften noch 3—4 Monate wenigstens erforderlich sein". Fünf Wochen darauf entsprang S. des Morgens zwischen 5 und 6 Uhr in höchst schlauer und gewandter Weise aus der Charité unter Mitnahme eines braunen Rockes und eines Paares Stiefeln. 3/4 Jahr später wieder eingefangen, wurde er bald darauf abermals wegen zweifelhafter Verhandlungsfähigkeit (vor dem Untersuchungsrichter Lachen, Grinsen, Läugnen aller Anklagen, religiöse Phrasenmacherei) der Irrenanstalt zur Beobachtung und dem Verf. zur Begutachtung überwiesen (im Aug. 1876.)

Es handelt sich jetzt für den Verf. um die Frage: *ob gegenwärtig eine secundäre Irreseinsform besteht, oder ob alles dies als hartnäckige und geschickte Simulation eines gewandten Verbrechers aufzufassen ist?*

S. spielt nämlich den Narren, der sich des Ernstes der Situation, in der er steckt, in keiner Weise bewusst zu sein scheint, er lacht und grinst, ist heiter und fröhlich, will von Nichts, was mit ihm vorgegangen ist, das Geringste wissen; er sei nie verrückt gewesen, Alles was ihm aus den Acten vorgehalten wird, sei Unsinn und erlogen; er sei auch jetzt nicht krank, er wolle aus dem Irrenhause heraus und vor die Geschworenen gestellt werden, denn ihm könne ja nichts geschehen, er habe ja niemals gestohlen und ihn könne ja Niemand verurtheilen, der liebe Gott werde ihm seine Engel schicken, die ihm weiterhülfen. Wenn dergleichen Reden und das Auftreten des S. eine psychische Schwäche zu beweisen scheinen, so *vermisst* sie aber Verf. *in seinen Handlungen*, und ist er in der Lage im Hinweis auf den Widerspruch der Aussagen des S. zu verschiedenen Zeiten untereinander und auf den Contrast seines Benehmens mit seinen Handlungen die *Simulation* seiner Narrheit durch Beweise zu stützen; so gibt sich der S. bei seiner Aufnahme in die

Charité die Blösse die einfachsten Fragen absichtlich falsch zu beantworten, kennt kein Markstück, will sein Alter, seinen Vornamen nicht wissen, rechnet aber wenige Tage darauf ganz gut und seinem Bildungsgrade entsprechend.

Der Verf. stellt sich daher jetzt die Frage zur Lösung, *ob Simulation und Geisteskrankheit bei dem Explorant besteht, oder, ob wie vor 1½ Jahren Geisteskranker jetzt nur hartnäckig simulirt, um sich vor langjähriger Zuchthausstrafe zu schützen?*

Verf. legt nun in sehr klarer Weise dar, wie es nur eine Unreife in der Begutachtung eines schwierigen und verwickelten psychiatrischen Falles bekunde, wenn er sich durch Gründe, welche unzweifelhaft für Simulation und Uebertreibung sprächen bestimmen lassen wollte, den S. pure für einen dreisten Simulanten zu erklären, und andererseits könne er sich für wirkliche Geisteskrankheit in der secundären Form der Narrheit nur *dann* aussprechen, wenn dieselbe an ihren *eventuellen Fortschritten* durch weitere irrenärztliche Beobachtungen in der Charité positiv festgestellt würde. Die secundären Irreseinsformen, scilicet also langsam und stetig zur Unheilbarkeit sich entwickelnde Gehirndesorganisationen, welche auch bei dem Zurücktreten von früheren Wahnvorstellungen und Hallucinationen und bei scheinbar geheilten Irren zur Entwicklung kommen, characterisirten sich alle durch eine nachweisbare, wenn auch langsam steigende psychische Schwäche, und gäbe es in vorliegendem Falle, wo ein präsumtiv geisteskrank gewesener Verbrecher, der augenscheinlich simulirt, aber dennoch geisteskrank und ungeheilt sein *kann*, nur *ein* Mittel um zur Wahrheit zu kommen: *die Zeit* und die dauernde *genaue psychiatrische Beobachtung.*

Nach weitern fünf Monaten der Beobachtung in der Charité und mehrfachen Explorationen gab dann Verf. in Gemeinschaft mit Westphal ein definitives Gutachten ab. In demselben heben die Sachverständigen hervor, dass die Beurtheilung des Gemüthszustandes des S. sowohl vom rein psychiatrischen, als auch vom medicinisch-forensischen Standpunkte aus zu den schwierigsten Aufgaben gehöre, weil bei der Verbrecher-Natur des S. ein Urtheil darüber, was an seinen Reden Thun und Treiben Wahres und Gemachtes sei, auf das Aeusserste erschwert worden wäre.

Sodann erklären sie zunächst, dass schon seit langer Zeit weder Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, noch krankhafte Gefühlszustände, wie melancholische Depression oder tobsüchtige Aufregung beobachtet worden, womit aber nicht ausgeschlossen sei, dass der S. dennoch Wahnideen resp. Sinnestäuschungen habe, denn die Erfahrung lehre, dass geisteskranke Verbrecher in der ihnen zur zweiten Natur gewordenen Gewohnheit, ihre innersten Gedanken zu verbergen um Andere zu täuschen: ebenso wie ihre gesunden Gedanken, so auch ihre Wahnideen hartnäckig und mit Raffinement verheimlichen. Aus nicht weiter hier anzuführenden Gründen nehmen sie aber an, dass Explorant von Wahnideen und Sinnestäuschungen frei sei.

Dann schildern sie das Benehmen aber als ein sehr auffallendes. Sobald man sich in ein Gespräch mit ihm einlasse nehme sein Gesicht einen eigenthümlichen, schwer zu beschreibenden, freundlich grinsenden Ausdruck an; er beantworte eine Anzahl von Fragen prompt und sachgemäss; gehe man indess auf seine Antecedentien ein, sei es dass die Fragen seine Diebstähle oder die Ereignisse im Gefängnisse vor seiner ersten Einlieferung in die Charité und die nach seiner Flucht stattgehabten betreffen, so bestreite er unter lautem grinsendem Lachen sowie auch unter Zorn alle Thatsachen; zuweilen kann er durch Drohungen und harte Anreden anscheinend wüthend werden, schlägt auf den Tisch und schimpft.

Sein Benehmen in der Abtheilung in Abwesenheit der Aerzte ist vielfach kindisch und albern. Allerdings hilft er den Wärtern fleissig bei der Arbeit; auf der andern Seite aber machte er sich in alberner Weise mit den übrigen Geisteskranken zu schaffen, treibt bei den Spaziergängen im Garten Kindereien und geht nicht selten närrisch gesticulirend dort umher. Was nun das Nichtwissen so vieler ihm zur Last gelegten Dinge beträfe, so könnte es keinem Zweifel unterliegen, dass der S. lüge. Ein Gedächtnissverlust, wie derjenige sein musste, welcher seine Angaben, wären sie wahr, anzunehmen erforderten, könnte nur bei einem tief Blödsinnigen vorkommen, und ein solcher sei der S. nicht, da er sehr wohl aufzufassen, einem längeren Gespräche zu folgen und prompte nicht selten witzig und humoristisch gefärbte Antworten zu gehen vermöge.

Was aber das weitere Benehmen des S. angehe, so sei es sicherlich kein künstlich gemachtes, da die *Constanz* der Erscheinungen schwer ins Gewicht falle. Es sei nicht wohl denkbar, dass Jemand in immer gleicher Weise ein im Blick, Miene, Gebärde, Sprache, Ton der Stimme so typisches und charakteristisches Benehmen durchführen könne, und zwar durch so lange Zeiträume, das sich niemals und unter keinen Umständen, auch da, wo der Betreffende nicht beobachtet wird, verläugnete.

Nachdem die Sachverständigen dann zum Schlusse noch einmal erwähnten, dass der S. auch ein kindisch-albernes Wesen darbiete, das sich mit zweck- und sinnlosem Lügen verknüpfe, charakterisiren sie dasselbe als einen *Grad des Schwachsinns*, welcher als Residuum einer Krankheit, als Folgeerscheinung einer zu einer gewissen Zeit entstandenen Geisteskrankheit (Gehirnkrankheit) aufzufassen sei, und gaben sie dann ihr Urtheil dahin ab: „dass der etc. S. gegenwärtig an einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit leidet, durch die seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist.“ „Gleichzeitig erklären wir, dass der etc. S. als ein gemeingefährlicher Geisteskranker zu betrachten ist und der Detention in einer Irrenanstalt bedarf.“

Kreisphysikus Dr. Kohlmann (Remagen).

23) **Westphal.** Eine mit merkwürdiger Beziehung zur Menstruation verlaufene Geistesstörung. Anklage wegen Mordes der drei eigenen Kinder. — Schwierige Beurtheilung des Gemüthszustandes.

(Charité-Annalen, III. Jahrg. (1876) Berlin, Hirschwald 1878.)

„Eine Frau der man nur Gutes nachrühmen kann, geräth — so schien es — in eine Differenz mit ihrem Manne, vom dem sie sich gekränkt fühlt. Der Mann ist der Meinung sie „maule" etwas und legt gar kein Gewicht darauf. Wenige Tage darauf schneidet sie ihren drei Kindern den Hals durch, zertrümmert ihnen den Schädel und bringt sich selbst tiefe Schnittwunden bei. Nach der That spricht sie davon, dass ihr das Geblüt zu Kopfe gestiegen sei, weil die erwartete Regel ausgeblieben sei, will aber von der That nichts wissen; Niemand glaubt ihr diese Behauptung, die in Folge mehrerer Umstände als unwahrscheinlich angenommen werden muss, man spricht vielmehr die Ansicht aus (der Staatsanwalt), die ihr vom Manne zu Theil gewordene Kränkung habe die, wie man annimmt, leicht verletzbare und errregbare Frau zu der That getrieben. Die Aerzte, welche sie gleich nach der That gesehen, theils im Lazarethe des Gefängnisses lange Zeit beobachtet haben, und der Physikus erklären sie für geistig vollständig gesund. Ein Einfluss des Ausbleibens der Regel wird umsomehr abgelehnt, als dieselbe in der That, wenn auch verspätet, im Gefängnisse eintrat. Dem Vertheidiger wird ein Fall aus dem Jahre 1827 bekannt*), der ihm eine gewisse Analogie zu dem vorliegenden zu haben scheint; auf seinen Antrag wird die Angeklagte der Irrenabtheilung der Charité übergeben, und hier erst gewinnt man nach längerer und eingehender Untersuchung der Angeklagten die Ueberzeugung von dem Vorhandensein einer melancholischen Geistesstörung. Dieselbe schwindet plötzlich, gleichzeitig mit dem Wiedereintritt der Menses, nachdem sie circa 10 Monate bestanden. Es ist Gewicht darauf zu legen, dass die Symptome der Geistesstörung (so wie die somatischen Störungen — Sensationen im Kopfe, Appetitlosigkeit, Mattigkeit) sehr wenig hervortretend waren, dass sie sehr leicht hätten übersehen werden können, dass es genauer und wiederholter Untersuchung und längerer Beobachtung der Frau bedurfte, dieselben festzustellen, und dass dennoch die Handlungen, die in einem gegebenen Augenblicke aus der Geistesstörung entsprangen, von so entsetzlicher Bedeutung waren. In so fern ist der Fall eine Lehre und eine Warnung für den Gerichtsarzt.

Vom pathologischen Gesichtspunkte aus nimmt die Beziehung der Verzögerung der Menstruation zu der transitorischen Störung des Bewusstseins, oder — falls man dieselbe nicht für erwiesen erachtet — zu der Exacerbation des plötzlich mit krankhaften Impulsen sich complicirenden melancholischen Zustandes, das Interesse

---

*) Zeitschr. f. d. Crim. u. Rechtspfl. von I. E. Hitzig, VI. Band, 12 Heft. S. 237, 1827: „Mord in einem durch Eintreten des Monatsflusses herbeigeführten unfreien Zustande."

nicht minder in Anspruch, als die fast plötzlich erfolgende Heilung unter Wiederkehr der Menstruation, welche inzwischen 10 Monate lang cessirt hatte.

Man kann die Frage discutiren, ob die Vorgänge, welche die Verzögerung (und später das Cessiren) der Menses bewirken, in ursächlichem Verhältnisse zu der um dieselbe Zeit auftretenden Geistesstörung standen, oder ob umgekehrt der Nichteintritt der Regel zur bestimmten Zeit bereits Symptome einer unter der Form der Psychose auftretenden Erkrankung des Centralnervensystems war. Sicher zu entscheiden wird diese Frage kaum sein. Wahrscheinlicher ist wohl die Annahme, dass als Folge der letzteren, die Menses zwar verspätet, aber doch noch einmal auftraten, dann während der Krankheit cessirten, und die Rückkehr derselben zur Norm gleichzeitig mit der Heilung der Krankheit und als Folge dieser Heilung stattfand. Höchst merkwürdig bleibt dabei immer das genaue zeitliche Zusammenfallen der ersten Symptome der psychischen Besserung mit der Wiederkehr der Regel.

Die in diesem Falle beobachteten Beziehungen der Menstruationsvorgänge beanspruchen um so grösseres Interesse, als die letzteren für gewöhnlich in Wirklichkeit durchaus nicht die Wichtigkeit haben, welche ihnen von vielen Aerzten und noch mehr von Laien für die Entstehung resp. Heilung von Psychosen zugeschrieben zu werden pflegen."

---

## Briefkasten der Redaction.

Entgegnungen auf Referate und Kritiken können, wie selbstverständlich, nur dann Aufnahme finden, wenn durch dieselben ein etwa untergelaufener sachlicher Irrthum berichtigt und klar gestellt wird. Ausser dem, dass es für derartige nicht sachliche, stark subjective Ergüsse am nöthigen Raume mangelt, widerspricht die Etablirung eines Ausgleichbureaus mit allgemeiner Lobhudelei auf das Directeste unserm wissenschaftlichen und redactionellen Gewissen. Die Namen unserer sämmtlichen Mitarbeiter enthalten die bündigste Garantie dafür, dass in den Referaten freieste Objectivität waltet, und wir verweigern einem Beitrage, auf dem nur der leiseste Schatten persönlicher Gehässigkeit liegt ebenso gewiss die Aufnahme wie dem, der aus „Vetterschaft" geschrieben ist.

d. Red.

---

Die Herren Referenten werden gefälligst gebeten gleichzeitig mit dem Manuscript auch die ihnen zugesandten Brochuren etc. wieder einzuschicken.

---

Doc. D. in Kk. Sie haben lange nichts mehr hören lassen. Prof. R. in W. Sehe Ihrem zugesagten Beitrage mit Freude entgegen. O. B. Breslau, J. Leubus Besten Glückwunsch!

---

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

Dieser Nummer ist eine Beilag von Herrn Dr. EYSELEIN in Blankenburg a. H. beigefügt.

# CENTRAL-BLATT

für

# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt

von

**Dr. med. A. ERLENMEYER,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — 1½ Bogen stark.**

Preis Halbjährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an. — Insertion auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 6. 1. Jahrgang. 1878.**

## I.

## Die dritte Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Wildbad am 18. und 19. Mai 1878.

Originalbericht für das Centralblatt.

Von Dr. med. FRIEDR. SCHULTZE, Privatdocent an der Universität Heidelberg.

### I. Sitzung.

Am 18. Mai Nachmittags 2½ Uhr versammelten sich in dem stattlichen Saale des Königl. Badehôtel unter dem Vorsitze des Alterspräsidenten Dr. Crailsheim, welchem auf einstimmige Wahl Hofrath Dr. von Rinecker von Würzburg im Vorsitze folgte, die Theilnehmer der Versammlung.

Nach einer kurzen Begrüssung derselben durch Herrn Geh. Hofrath von Renz in Wildbad und, nachdem der Vorsitzende die Versammlung aufgefordert hatte, zum Andenken an die im Laufe des letzten Jahres verstorbenen hervorragenden Irrenärzte Zeller und Roller sich zu erheben, und dieser Aufforderung Folge geleistet war, sprach zuerst:

1. Prof. **Leichtenstern** (Tübingen) *über Tastsinnsprüfungen bei Nervenkranken.*

Derselbe führte aus, dass man in den bisherigen Krankengeschichten von Nervenkranken bei Beschreibungen des Grades der etwa vorhandenen Anaesthesie über allgemeine Bezeichnungen noch nicht hinausgekommen und weit davon entfernt sei, nach Analogie gewisser physiologischer Methoden exacte Zahlenbestimmungen zu geben. Zur Erfüllung dieses Postulates schlägt Redner die Einführung *der Methode der falschen und richtigen Fälle* vor, welche

durch die Angabe des Procentsatzes der richtig wahrgenommenen Empfindungseindrücke unter einer grossen Anzahl von Einzelversuchen gegenüber dem Procentsatze bei normalen Individuen einen hinreichend genauen Zahlenwerth zu ergeben vermag. Da z. B. für gesunde eingeübte Menschen durch die Versuche von Vierordt und seiner Schüler die sogenannten Stumpfheitswerthe, d. h. diejenigen kleinsten Distanzen von zwei Cirkelspitzen, welche auf die Haut aufgesetzt noch als deutliche Doppelempfindungen wahrgenommen werden, für die einzelnen Körpertheile genau bestimmt sind, so braucht bei einem Kranken, welcher nicht an zu groben Störungen des Raumsinnes leidet, nur die Anzahl der in einer grössern Versuchsreihe gefundenen richtigen Angaben mit der Anzahl der falschen verglichen und nach einfachen Formeln mit Hülfe der Normalwerthe berechnet zu werden, um genaue Zahlenangaben zu erhalten. Redner erörtete diese Methode durch einige Zahlenbeispiele.

Ebenso kann die Intensität der *Drucksinnsempfindlichkeit* in gleicher Weise durch die Methode der richtigen und falschen Fälle in Zahlenwerthen ausgedrückt werden. Man hat in einer grössern Reihe von Einzelversuchen zu prüfen, wie oft ein Körper von gewissem Gewichte, welcher an einem Faden hängend auf die Haut eines bestimmten Körpertheiles auffällt, eine Empfindung beim Auffallen hervorruft. Vergleicht man die erhaltenen Werthe mit den festgestellten Normalwerthen, so erhält man auch hier in Zahlen ausdrückbare Resultate.

Eine Diskussion schliesst sich an diesen Vortrag ebensowenig wie an einen der folgenden an, da nach den Statuten der Versammlung Diskussionen überhaupt nicht stattfinden sollen.

Der zweite Vortragende giebt weitere Mittheilungen über jene Beobachtung welche er schon in der vorjährigen Versammlung der Neurologen und Irrenärzte zum Gegenstande eines Vortrages gewählt hatte:

2. Prof. **Fürstner** (Heidelberg) *über eine eigenthümliche Form von Sehstörungen bei Paralytikern.*

Redner hat seither zwei weitere Fälle dieser Sehstörung beobachtet, bei welchen der klinische Befund und die Autopsie die peripheren Sehorgane frei ergaben, dagegen Rindenaffectionen (partielle Erweichungen und dergl.) besonders einzelner Windungen des Hinterhauptlappens erkennen liessen. Die genaueren Details dieser Veränderungen können hier nicht gegeben werden. Weitere Untersuchungen müssen lehren, ob die genannten Sehstörungen nach gewissen Rindenheerden constant vorkommen oder nicht, und ob vielleicht analog den neuen Untersuchungen von Munk über Hemiopie bei Affectionen der Hinterhauptslappen beim Hund und Affen auch beim Menschen eine derartige Hemiopie vorkommen könne. Ebenso sollte nicht versäumt werden, auch auf Gehörsstörungen analoger Art zu achten.

Der dritte Redner ist

3) Dr. **Beck** (Tübingen) welcher berichtet, dass er zwei Fälle von Tetanus traumaticus durch Chloral geheilt hat und daran eine längere Auseinandersetzung über das Wesen des Tetanus und besonders über Reflexe im Allgemeinen anknüpft, welche nichts Neues bringt.

Sodann spricht

4) Dr. **Schultze** (Heidelberg) *über einen Fall von Pseudohypertrophie der Muskeln,*

bei einem 16 jährigen Knaben, welcher lange Zeit auf der Friedreich'schen Klinik in Heidelberg behandelt wurde. Die Autopsie des durch Selbstmord dahingeschiedenen Kranken ergab ausser den häufig beschriebenen Veränderungen in den Muskeln circumscripte Anhäufungen von Bindegewebe und Kernen in den grossen peripheren Nervenstämmen. Die vordern Wurzeln des Rückenmarkes erschienen intact; das Rückenmark selbst normal bis auf eine auffallend geringe Anzahl von Ganglienzellen; sonstige histologische Veränderungen, wie sie bei progressiver Muskelatrophie sich zu finden pflegen, fehlten völlig. Der Vortragende betont die klinischen Differenzen, welche zwischen der Pseudohypertrophie der Muskeln und der progressiven Muskelatrophie namentlich darin bestehen, dass bei der erstern Krankheit spinale Symptome unzweideutiger Art und besonders das Hinzutreten von Bulbaersymptomen stets zu fehlen pflegen, während andrerseits sein anatomischer Befund nicht mit der Angabe von Charcot und Cohnheim übereinstimmt, welche beide in ihren diesbezüglichen Fällen eine völlige Intactheit der nervösen Apparate zu konstatiren vermochten.

5. Prof. **Erb** (Heidelberg) *über Degeneration oder Entzündung der vorderen grauen Hörner.*

Redner bespricht die verschiedenen Formen dieser Krankheits-Processe, hauptsächlich um dem Practiker auf diesem in neuster Zeit etwas verwickelt gewordenen Gebiete eine Anleitung zu einer sicheren Unterscheidung der verschiedenen Formen der atrophischen Spinallähmung zu geben. Er übergeht dabei die amyotrophische Lateralsclerose, und unterscheidet 1) die *Poliomyelitis anterior acuta.* 2) die *Poliomyelitis anter. chron.* 3) die von ihm kürzlich (in Nr. 3 dieses Bl.) beschriebene *Mittelform der Poliomyel. anter. chron.* und 4) die typische *Form der progressiven Muskelatrophie.*

Gemeinschaftlich sind den genannten Krankheiten Atrophie und Parese, Entartungsreaction, Mangel der Sensibilitätsstörungen, der Blasen- und Mastdarmschwäche etc.

Characteristisch für die erste Form ist der plötzliche Beginn der Krankheit mit Lähmung, bei den übrigen Formen die langsame Entwicklung. Bei der progr. Muskelatrophie wiegt die Atrophie vor, welche ausserdem in mehr disseminirter Weise einzelne Muskeln befällt und eine wenig ausgesprochene Entartungsreaction, besonders erst in den letzten Stadien ihres Verlaufes zeigt, während bei der chron. Poliomyelitis die Massenatrophie, die weitverbreitete Lähmung und Entartungsreaction vorwiegen. Bei der Mittelform der chron. Poliomyelitis ist nur eine *partielle Entartungsreaction* in den paretischen Muskeln nachweisbar.

Redner macht noch besonders aufmerksam auf das Verhalten der *Reflexe* und der *mechanischen Erregbarkeit* der *Muskeln* bei den genannten Krankheitsformen, deren Prüfung freilich nur in gewissem Grade die electrische Untersuchung ersetzen kann. Wo die Reflexe

völlig erhalten sind, kann die complete Entartungsreaction nicht vorhanden sein, sondern höchstens die partielle.

Ferner kann man aus einer bei mechanischer Reizung des Muskels sich einstellenden trägen, langgezogenen Zuckung auf das Vorhandensein der Entartungsreaction schliessen, bei gleichzeitigem Vorhandensein der Reflexe auf das Vorhandensein der partiellen Form derselben.

6. Sodann geht der Redner zu seiner *zweiten Mittheilung über*, welche *einen eigenthümlichen bulbaeren* (?) *Symptomencomplex* betrifft, den er bisher in 3 Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte, und auf den er die Fachgenossen aufmerksam machen möchte.

Er sah nämlich bei drei erwachsenen Individuen folgende eigenthümliche Complikation von Symptomen: 1) *Ptosis* beider oberen Augenlider 2) Schwäche und Parese der *Kaumuskeln* 3) Schwäche und Parese der *Nackenmuskeln* und etwas Schwerbeweglichkeit der Zunge.

Der *erste* Fall, bei welchem sich das Leiden langsam entwickelte, und bei dem ausserdem noch Atrophie der Nackenmuskeln bestand, heilte fast vollständig nach einem halben Jahre; bei dem *zweiten*, bei welchem nach initialem Kopfschmerz und Schwindel sich noch klonische Krämpfe der *oberen Facialiszweige*, *Parese* sämmtlicher Augenmuskelnerven vorfanden, trat plötzlich nach vorheriger erheblicher Besserung der Tod ein. Keine Section. Bei dem *dritten* Falle waren im Anfange ausser Kopf- und Nackenschmerzen Parese in Armen und Beinen vorhanden gewesen, die wieder verschwanden; später bestanden nur jene oben genannten eigenthümlich combinirten Symptome neben *Parese* der *oberen Facialisäste.* Augenmuskelnerven intact. Ausgang unbekannt.

In allen drei Fällen fehlte die Störung der Sprache, die Atrophie der Zunge, die Parese der unteren Facialisäste, wie sie sich bei der gewöhnlichen Bulbaerparalyse zeigt.

Dass in diesen Fällen ein *centrales* Leiden vorliegt, erscheint dem Redner unzweifelhaft, ebenso ist es ihm höchst wahrscheinlich, dass der Bulbus medullae betroffen ist; eine genauere oder gar eine einheitliche Lokalisation lässt sich zur Zeit nicht geben.

Mit diesem Vortrage schliesst die erste Sitzung ab, welcher ein gemeinschaftliches Diner im Badhôtel folgte, das durch gute Tafelmusik und durch eine grosse Reihe von Toasten in angenehmer Weise gewürzt wurde.

7. Geh. Hofrath **v. Renz** demonstrirte eine grosse Anzahl sehr interessanter Nervenkranken,

am 19. Mai Morgens 9 Uhr in dem Katharinenhospitale, wie man sie in dieser Fülle und Mannichfaltigkeit wohl äusserst selten wieder nebeneinander zu sehen bekommen dürfte. Eine ganze Serie von *Tabikern* und von Individuen mit der neuerlich sogenannten *spastischen Spinalparalyse* produzirte sich und liess die grosse Verschiedenheit des Symptomencomplexes beider Krankheiten, besonders in der Gangart, auf das Deutlichste erkennen. Dann waren mehrere Fälle von *multipler Sclerose*, von *Poliomyelitis acuta adultorum*, von *progressiver Muskelatrophie* und ein Fall von *Brown-Séquard'scher Lähmung* vorhanden.

Ein besonderes Interesse bot ein Mann mit ausgesprochener *Paralysis agitans* dar, bei welchem ausser der vorzugsweise ergriffenen rechtsseitigen Extremitäten sich die *Kaumuskeln* und ebenso die *Zunge* an dem characterischen Zittern betheiligten.

Nach der Demonstration dieser glänzenden Collection von Krankheitsfällen und nachdem die Mehrzahl der Theilnehmer die Badeeinrichtungen kurz besichtigt hatte, begann im Badhôtel *die*

*II. Sitzung*

gegen 11 Uhr.

Prof. Erb brachte dem Herrn Geh. Rath v. Renz den Dank der Versammlung für die Vorstellung der Kranken dar und recapitulirte noch einmal in kurzen Zügen das Gesehene.

Dann wurde zur Wahl des nächstjährigen Versammlungsortes geschritten und Heidelberg einstimmig gewählt. Zu Geschäftsführern wurde die Herren Prof. Fürstner und Docent Dr. Schultze erwählt, welche die Wahl dankend annahmen, nachdem Prof. Erb die auf ihn gefallene Wiederwahl abgelehnt hatte.

Sodann hält einen Vortrag

8. Prof. **Moos** (Heidelberg) *über das Vorkommen phosphorsaurer Kalkkonkremente im Stamme des Hörnerven.*

Er beobachtete zwei Fälle dieser Art, den einen bei einer Frau mit Pachymeningitis chron. den zweiten bei einer Frau, welche lange Zeit an sehr starkem continuirlichem Ohrensausen und hochgradiger Schwerhörigkeit gelitten hatte. Beide Krankheitserscheinungen konnten durch ein peripheres Leiden der Gehörorgane nicht erklärt werden. Redner verbreitete sich zum Schlusse des Weitern über die Literatur des vorliegenden Gegenstandes.

9. Dr. **Rumpf** (Heidelberg) *berichtet über histologisch-chemische Untersuchungen, welche die graue Degeneration des Rückenmarkes betreffen,* und die er mit Dr. Schultze in Heidelberg gemeinschaftlich anstellte. Er benutzte dazu die Kühne'schen Methoden der Verdauung histologischer Objecte, vorzugsweise durch *Pepsin.* Es ergab sich, dass die bekannten welligen Fibrillen, welche bei der grauen Degeneration massenhaft vorhanden zu sein pflegen, durch die Pepsinverdauung zum Verschwinden gebracht werden und sich wie *Bindegewebsfasern* verhalten. Die *Hornscheiden* des Markes sind an den am meisten ergriffenen Parthien völlig verschwunden, an den weniger ergriffenen mehr oder weniger stark *rarefizirt.* Die *Corpora amylacea* bleiben durch die genannte Behandlung unversehrt. Es wurde dieses Verhalten in gleicher Weise in einem Falle von histologisch typischer Hinterstrangsclerose (in einem Falle der Friedreich'schen hereditaeren Ataxie) wie in einem Falle von secundaerer grauer Degeneration der Goll'schen Stränge nach Myelitis des Lendentheiles beobachtet. Es handelt sich also bei den in Rede stehenden Processen um eine entschiedene *Bindegewebswucherung.* Redner geht näher auf die Frage ein, ob diese Wucherung, oder ob eine Atrophie der Nervenfasern das Primaere sei und deutet zum Schlusse darauf hin, dass in Hinblick auf seine demnächst zu publicirenden Untersuchungen über die Ernährungsverhältnisse des Achsencylinders, welcher, wenn er sowohl von seinen

peripheren als von seinen Endapparaten getrennt ist, *nach vorheriger Aufquellung* einer *raschen und completen Auflösung in Lymphe* entgegen geht, bei der Erforschung des primaeren Heerdes der Veränderungen bei Tabes auch an eine etwaige primaere Erkrankung der ernährender Apparate — besonders auch gewisser Ganglienzellen — gedacht werden müsse.

10. Dr. **Fischer** jun. (Pforzheim) *über den Einfluss des galvanischen Stromes auf Gehörshallucinationen.*

Nachdem Redner berichtet hatte, dass in gewissen Fällen von Hallucinationen durch die Anwendung des konstanten Stromes ein entschieden dämpfender Einfluss auf dieselben ausgeübt werde, so dass während und nach der Applikation z. B. laute Stimmen wie aus der Ferne gehört werden, wurde ein Antrag auf *Schluss* angenommen.

Nach einigen Dankesworten für den Präsidenten der Versammlung trennte sich die Versammlung, um im nächsten Jahre in Heidelberg hoffentlich noch zahlreicher als diesmal von Neuem zu tagen.

---

## II.

## Zur pathologischen Anatomie der Hinterstrangsclerose.

Von Dr. C. EISENLOHR in Hamburg.

Zwei Fälle von grauer Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarkes, die ich in der letzten Zeit zur Untersuchung bekam, lieferten einige in Bezug auf die Pathologie der genannten Affection beachtenswerthe anatomische Einzelheiten.

I. *Der erste Fall* bot die Combination einer *typischen Hinterstrangsclerose* mit *hochgradiger Atrophie der Muskulatur* der untern Extremitäten und *trophischen Störungen der Haut* der letzteren und gab Gelegenheit, die anatomischen Veränderungen dieser Organe sowohl als der peripheren Nerven und der verschiedenen Rückenmarksabschnitte zu studiren, speciell die supponirte Abhängigkeit der trophischen Alterationen von einer Betheiligung der vorderen grauen Hörner zu controliren.

Ein 73jähriger Mann datirt den Beginn seiner Krankheit vom Jahre 1846: Zuerst vorwiegend Schwäche und Unsicherheit in den Beinen, die im Lauf der Jahre zunimmt; seit Ende der 60er Jahre pustulöse und squamöse Eruptionen auf der Haut der untern Extremitäten verbunden mit lebhaften Schmerzen. August 77: Die Haut der untern Extremitäten, besonders an den Zehen, Fussrücken und Unterschenkeln, sowie in den Kniegegenden, atrophisch, dünn, glatt, gespannt (glossy skin). An einzelnen Stellen, besonders um die Knochen grosspustulöse flache Efflorescenzen, an anderen rundliche Borken, unter denen oberflächliche, sehr empfindliche Erosionen sich befinden. An den Oberschenkeln ist die Haut trocken, spröde, abschilfernd, doch ohne Efflorescenzen.

Die Muskulatur der untern Extremitäten hochgradig atrophisch dünn und schlaff. Die Füsse in hochgradiger Equinovarusstellung mit flectirten Zehen fixirt, die Kniegelenke passiv nur in sehr geringer Ausdehnung zu bewegen, wegen Steifigkeit der Gelenke. Die

Beine werden in toto mit geringer Kraft und unsicher gehoben, active und passive Bewegungen schmerzhaft. Die oberen Extremitäten zeigen keine vitiosen Stellungen, keine Lähmungen, nur eine beträchtliche Schwäche und Ataxie sämmtlicher Bewegungen. Die Sensibilität an den untern Extremitäten gegen Tasteindrücke in geringem Grade herabgesetzt, dabei eine hochgradige Hyperalgesie der atrophischen Hautpartbieen. Von Seiten der Hirnnerven keine Störung.

Im September traten noch neue sehr empfindliche Eruptionen an den Unterextremitäten auf. Pat. starb marastisch am 25. September 1877.

Bei der Section fand sich das Rückenmark dünn, die Hinterstränge in der ganzen Länge eingesunken, sehr stark reducirt, graubraun verfärbt, auf dem Durchschnitt gelatinös durchscheinend. Die Pia an der Hinterfläche des Rückenmarcks verdickt. Die hintern Wurzeln dünn.

Die Muskeln der untern Extremitäten äusserst atrophisch, besonders an den Unterschenkeln sowohl den Flexoren als Extensoren, theils durch graubraune derbe Züge, theils durch gelbes Fett substituirt. Die Nervenstämme makroskopisch nicht verändert.

Die mikroskopische Untersuchung der betr. Muskeln erwies die hochgradigsten degenerativen Veränderungen. Neben einfach atrophischen auf $1/2$ — $1/6$ der Breit reducirten Muskelfasern mit erhaltener Querstreifung sehr schmale Fasern, die statt der Querstreifung grobe Körnung (durch Fett und Pigment) zeigten; ausserdem in grosser Zahl kurze cylindrische oder unregelmässig buchtige Schläuche, die innerhalb einer zarten Hülle (Sarcolemm) ganz aus einer Zellenmosaik bestanden — Muskelzellenschläuche. Die Reste der contractilen Substanz bildeten übrigens nur schmale Züge innerhalb eines in dem intermusculären Bindegewebe abgelagerten massenhaften Fettgewebes. Im zartfaserigen Perimysium internum theils spindelförmige theils plattovale Zellen in geringer Zahl. Die *Haut vom linken Fussrücken* bot mikroskopisch eine ausgesprochene Verdünnung des Cutisgewebes, eine Atrophie der Papillen mit Verödung der kleinsten Gefässe. Die im Unterhautbindegewebe gelegenen Arterienstämmchen zeigten dagegen das exquisiteste Bild der *Endarteritis obliterans*. An Stelle der Endothelschicht der Intima war eine äusserst reichliche, mehrschichtige Zellenwucherung getreten, die das Lumen des Gefässes beträchtlich verengerte und häufig mehr als die Hälfte der Dicke der Gefässwand betrug. Die *Hautnerven des linken Fusses* (vom N. peroneus superficialis) frisch in Osmiumpraeparaten enthielten eine beträchtliche Anzahl atrophischer, des Markes mehr weniger vollständig verlustiger Fasern: an Carminpräparaten lagen zwischen den guterhaltenen Markquerschnitten zahlreiche Gruppen von feinen carminimbibirten Punkten ohne umgebenden Markring. Keine Vermehrung des Bindegewebes im Peri- und Endoneurium.

Im *Nerv. ischiadicus* derselben Seite trat beim Vergleich mit Normalpräparaten neben einer Verminderung der grösseren Faserquerschnitte gleichfalls eine erhebliche Anzahl von Gruppen feiner

(resp. atrophischer) Nervenfasern hervor, die lediglich dünne, zusammengedrängte Axencylinder inmitten einer carminimbibirten Umgebung darstellten.

*Die hintern Wurzeln* (vom Dorsaltheil) zeichneten sich durch eine beträchtliche Anzahl atrophischer Nervenfasern, sowohl Verschmächtigung der Axencylinder bis zu völligem Verschwinden, als Verschmälerung der Markringe und Bildung atrophischer Lücken aus.

*Das Rückenmark* zeigte eine durch die ganze Länge ausgedehnte Degeneration der Hinterstränge und zwar sämmtlicher Parthieen derselben: im Halstheil blieben nur einige wenige Reihen markhaltiger Nervenfasern nahe der hintern Commissur und längs der hintern Wurzeln frei, im Dorsaltheil waren überhaupt nur isolirt erhaltene Nervenfasern, resp. Axencylinder durch das degenerirte Gewebe zerstreut, im Lendentheil beschränkte sich die Veränderung dagegen auf die periphere Hälfte der Hinterstränge, während die inneren Parthien frei erschienen. Das alterirte Gewebe bot die Charaktere älterer Prozesse, ein dichtes Netz mit äusserst engen Maschenräumen, stark verdickten, zum Theil obliterirten oder enorm verdickten Gefässen entsprechenden Knotenpunkten. Von Degenerationsprodukten der Nervensubstanz nur Corpora amylacea. Die Vorder- und Vorderseitenstränge durch das ganze Rückenmark frei, die Hinterseitenstränge zeigten nur durch den Dorsaltheil eine leichte Verdickung der Neuroglia ohne merklichen Verlust an Nervenfasern. Die Einstrahlungen der hintern Wurzeln und besonders der innern Wurzelbündel waren dagegen durch die ganze Länge des Rückenmarks in den Prozess der Atrophie und Sclerose einbezogen: die vordern Wurzeln normal, die graue Substanz im Halstheil war, abgesehen von einer Sclerose der Gefässwandungen um den Centralcanal ohne Veränderung, im Brusttheil dagegen war eine directe Propagation der Degeneration von den Hintersträngen medianwärts in die graue Substanz und von den lateralen Faserzügen in die angrenzende Zone der Hinterhörner nicht zu verkennen. Die Ganglienzellen sowohl der Vorderhörner als der Clarke'schen Säulen im Hals- und Brusttheil weder an Zahl noch Form verändert und nur durch starke Pigmentablagerung ausgezeichnet. In der *Lendenanschwellung* dagegen trat eine *auffallende Verminderung der Zahl der grossen Zellen der Vorderhörner,* die beide Seiten und sämmtliche Gruppen in ziemlich gleicher Weise betraf, zu Tage. Während an normalen feinen Querschnitten 50—60 grosse Zellenkörper gezählt wurden, belief sich die Zahl der wohlcharakterisirten grossen Zellen hier auf nicht mehr als 15—20. Daneben zeigten sich allerdings in grösserer Zahl kleine Körper, rundliche, pigmenterfüllte, fortsatzlose Schollen, die zum Theil noch einen (geschrumpften) Kern mit stark imbibirtem Kernkörperchen besassen. Die Stadien der Atrophie liessen sich an frischen und gehärteten Glycerinpräparaten als zunehmende Verkleinerung des Zellenkörpers, theils mit Pigmentinfiltration, theils mit Erblassen des Protoplasma auf das Deutlichste verfolgen; eine Vacuolenbildung dagegen liess sich nicht nachweissen. Auch die in ihrer Grösse und Gestalt erhaltenen Vorderhornzellen waren durch starke Pigmentablagerung ausgezeichnet. Der obere Lendentheil

zeigte die beschriebene Zellenatrophie der Vorderhörner in derselben Weise, wie die Lendenanschwellung, dagegen war die Zahl gut erhaltener Zellen im Sacraltheil wieder nahezu die der Norm entsprechende.

Der mikroskopische Befund bestätigt die von Charcot aufgestellte und bereits vom ihm durch Beispiele belegte Ansicht, dass im Verlauf der locomotorischen Ataxie auftretende Muskelatrophieen von einer Verbreitung der Degeneration auf die Vorderhörner und speciell einer Atrophie der grossen Zellen derselben abhängt.

Die trophischen Störungen der Haut, die Atrophie und die pustulösen Eruptionen — eine seltene Erscheinung im Verlauf der Tabes*) — sind wahrscheinlich mit der Affection der inneren radiculären Zonen in Verbindung zu bringen; die nicht blos im N. ischiadicus, sondern auch in den Hautästen des N. peroneus superficialis nachzuweisende Atrophie einer gewissen Anzahl von Nervenfasern würde mit der Annahme Charcot's, dass aus den genannten Zonen mit den hintern Wurzeln centrifugale Fasern verlaufen, deren Ergriffensein die Ernährungsstörungen der Haut bedingt, stimmen. Doch ist ein *irritativer* Process in den Nervenstämmen und Stämmchen auszuschliessen, der mikroskopische Befund wies nur einen *atrophischen* Vorgang nach. Die Veränderungen der Haut selbst sind allerdings durch die begleitende Endarteritis als chronisch entzündliche gekennzeichnet.

II. Das Rückenmark einer unter den Symptomen einer ziemlich rasch verlaufenden Tabes zu Grunde gegangenen 48jährigen Frau liess mit ziemlicher Präcision den Ort des ersten Auftretens und die Form der Verbreitung des Processes erkennen.

In der untern Hälfte des Dorsal- und im obern Lendentheil occupirte die Degeneration nur gerade die Parthieen der Hinterstränge, aus denen die medialen Bündel der hintern Wurzelfasern auftauchen. In der Lendenanschwellung, wo die ersten Anfänge der Degeneration vorhanden waren, zeigten sich, ungefähr gleich weit von den Hinterhörnern, wie von der hintern Medianfissur entfernt, der Bahn der innersten Wurzelbündel entsprechende, das Gebiet nur weniger Nervenfaserquerschnitte einnehmende sclerotische Herdchen. Nach oben verbreiterten sich dieselben und occupirten im mittleren und oberen Dorsaltheil den grössten Querschnitt der Hinterstränge. Im Halstheil bis zu den obersten Halsnerven hin markirten sich wieder auf's Deutlichste zwei symmetrische den bandelettes externes entsprechende Zonen von den ebenfalls degenerirten Goll'schen Strängen durch zwei Streifen relativ intakten Gewebes.

Histologisch war die Veränderung durch das Auftreten von massenhaften Degenerationsproducten der Nervensubstanz, zahlreiche Körnchenzellen, durch die Bildung weiter, atrophischer Lücken einerseits, hochgradige Verdickung der Neuroglia und Vergrösserung der Zellenelemente der letzteren andererseits charakterisirt. Eine Betheiligung der grauen Substanz war nur durch die Anwesenheit

*) Eine gewisse Atrophie, Dünne der Haut, besonders der Füsse, mit leichter Abschuppung habe ich übrigens bei mehreren Tabetikern mit häufigen Attaken lancinirender Schmerzen und localer Hyperästhesie der betr. Hautparthieen bemerkt.

zahlreicher Corpora amylacea, die speciell dem Verlauf der hintern Wurzelfasern in der grauen Substanz sich anschlossen und bis in die Vorderhörner sich verbreiteten, ausgesprochen. Die Ganglienzellen sowohl der Vorderhörner, als der Clarke'schen Säulen vollzählig und völlig gut erhalten nur stark pigmentirt. Vorder- und Seitenstränge in keiner Weise verändert.

Der 2. Befund spricht für die Richtigkeit der Charcot-Pierret'schen These, dass der Prozess bei der Sclerose der Hinterstränge in den Parthieen beginnt, die dem Verbreitungsgebiet der innersten Bündel der hinteren Wurzeln entsprechen, und dass die Betheiligung der medianen Abschnitte eine Complication mit secundärer Degeneration involvirt.

# Referate.

97) **Proust & Ferrilion:** Contribution à l'étude des localisations cérébrales.

(Gaz. hebdom. 1878. Nr. 14).

Der interessante von den Verf. mitgetheilte Fall ist folgender. Ein 19 Jahre alter Mensch kommt Nachts in der Trunkenheit mit Soldaten in Streit und erhält dabei einen Hieb mit dem Säbelbajonett über den Kopf, nach welchem er ca. 1/4 Stunde bewusstlos blieb und einen ziemlich starken Blutverlust hatte. Am folgenden Morgen trat noch einmal kurzdauernde Bewusstlosigkeit auf. Der Kranke fühlte sich noch den Tag über betäubt, litt aber an keinerlei Bewegungsstörungen. Im Gefängnisse, wohin er gebracht worden, wird ein einfacher Verband angelegt, bei seiner Entlassung nach 9 Tagen befand sich Pat. ganz wohl, erst etwa am 12. Tage nach der Verletzung bemerkte er krankhafte Erscheinungen, allmälig zunehmend und liess sich 16 Tage nach dem Vorfall in die Klinik aufnehmen. Die Untersuchung ergab eine Lähmung des Nerv. facialis inferrior, die Zunge wich nach rechts ab, das Zäpfchen nach links. Die Sensibilität des Pharynx und des Gaumens war intact. Der rechte Arm zeigte sich paretisch ohne Störung der Sensibilität; während der Kranke das Gefühl von Ameisenkriechen in der Hand und den Fingerspitzen hatte. Die Lähmung war in den Muskeln der Hand am ausgesprochensten. Die Muskeln selbst reagirten prompt auf den Inductionsstrom. Bei anscheinend ungestörter Intelligenz bestand ein leichter Grad von Aphasie, sich bemerklich machend durch die Schwierigkeit im Ausdrucke. Sonstiges Befinden ganz ungestört, weder Kopfschmerz, noch Erbrechen, noch Convulsionen, noch Contractur früher oder jetzt vorhanden. Am Kopfe fand sich in der linken Parietalgegend eine von vorn oben nach hinten unten verlaufende, 3 Cm. lange, 9 Cm. vom Gehörgang entfernte Wunde, in welcher die Schädelwand sich eingedrückt zeigte. Nach Erweiterung und Reinigung der Wunde fand sich eine viereckige Vertiefung von circa 1 Cm. Durchmesser, so zwar, dass die äussere Tafel des eingedrückten Stückes im Niveau der innern der Umgebung sich befand, etwas beweglich, aber eingeklemmt. Da die Lähmungserschei-

nungen auf der der Verwundung entgegengesetzten Seite sich befanden so war ein Zusammenhang mit dieser beinahe gewiss und eine Treparation indicirt. Dieselbe wurde vorgenommen, drei ziemlich grosse und mehrere kleine Fragmente entfernt und schliesslich etwas Eiter mit Blut vermischt entleert. Die Dura Mater zeigte sich injicirt und geschwellt. Gleich nach der Operation ergab eine Prüfung merkliche Besserung der krankhaften Erscheinungen, vornehmlich am Arm und dann bezüglich der Aphasie. Ein gewisser Grad geistiger Schwäche, der seither bestanden, verschwand sofort nach der Operation beinahe völlig. Die Besserung machte immer mehr Fortschritte, wurde nur einmal für einige Tage durch ein intercurrirendes Wunderysipel unterbrochen.

Da die Autoren hier glücklicherweise sich nicht durch die Section von der betreffenden Hirnpartie überzeugen konnten, mussten sie ein anderes Verfahren einschlagen, um mit möglichster Sicherheit einen Schluss bezüglich der unter der Impression gelegenen Hirnstelle ziehen zu können. Verf. machten an Schädeln von möglichst gleichem Umfange die Trepanation an derselben Stelle und trafen bei zwei Schädeln auf beiden Seiten und bei einem dritten auf der linken Seite auf den Gyrus postcentralis in der Höhe der zweiten Frontalwindung, auf der rechten Seite des dritten Schädels fiel die Trepanationsöffnung auf den Gyr. praecentralis.

Verf. gehen nun ferner des Weiteren darauf ein, wie man Schädelwunden mit Gehirnerscheinungen für das Studium der Gehirnlocalisation verwerthen könne. Der Grund, warum von Seiten der Chirurgie auf diesem Gebiete noch so wenig geleistet, liege einestheils darin, dass in den Fällen, wo es zur Autopsie komme, in der Regel allgemeine Gehirnerscheinungen vorhanden gewesen, anderntheils bei den Fällen mit begrenzten Symptomen entweder die Sectionsberichte zu ungenau seien, oder die Heilung eintrat. Bisher fehlte es nun an einer Methode, um für letztere Fälle die der Schädelverletzung entsprechende Gehirnpartie möglichst sicher bestimmen zu können. Die bisher gebräuchliche von Ferré, die sich auf das Verhältniss der Suturen zu den Furchen stützt, ist zu ungenau. Verf. empfehlen folgendes von ihnen angewendetes Verfahren. Vorerst wird die Lage der Wunde genau bestimmt, indem man deren Entfernung misst 1) vom äussern Augenhöhlenrande, 2) von der Spitze des Process mastoid. 3) vom Hinterhaupts-Höcker. Dann bestimmt man den grössten geraden und queren Durchmesser des Kopfes, zieht 1 Cm. beiderseits ab als dicke der Haut und sucht aus einer Schädelsammlung einen Schädel, der dieselben Durchmesser hat. Auf diesem werden dann mit dem Zirkel die drei gemessenen Entfernungen aufgetragen, wobei man, eben des Unterschieds zwischen dem behaarten und behäuteten Schädel und dem nur knöchernen wegen, ein Dreieck erhält. Man bestimmt dann die Lage dieses Dreieckes zu den verschiedenen Knochennähten, überträgt dann diese auf verschiedene, von der Haut entblösste Leichenschädel, trepanirt an der betreffenden Stelle, überzeugt sich von dem getroffenen Hirntheil und bekommt hierdurch, wenn auch nicht absolut genaue, so doch möglichst genaue Resultate. Dr. Kärrer (Erlangen).

---

**98) Clément: Des tremblements consécutifs aux maladies aigues.** (Lu à la société des sciences médicales à Lyon. — Le Lyon médical und Lyon, Génève, Bale 1877.)

Clément beobachtete zuerst 1869 im Verlauf eines Typhus ein allgemeines Zittern, das in allen seinen Erscheinungen lebhaft an Paralysis agitans erinnerte, und hat seitdem eine Reihe ähnlicher Fälle beobachtet. Die motorischen Störungen nach acuten Krankheiten sind seit den classischen Arbeiten Gubler's hinlänglich bekannt, doch hatte er mehr Lähmungserscheinungen im Auge, während Clément seine Aufmerksamkeit mehr den krampfhaften zugewendet hat, dem mehr minder weit verbreiteten Zittern, wie es von ihm nach Typhus, von Andern nach Variola beobachtet worden ist. Man kann 2 Formen desselben unterscheiden, deren eine an die Sclérose en plâques sich anlehnt, die andere an Paralysis agitans. Das in Rede stehende Zittern ist nicht mit dem fast allen heftigen fieberhaften Krankheiten zukommenden und sie begleitenden Zittern zu verwechseln, von dem es sich schon durch sein längeres Fortbestehen nach abgelaufenem Fieber unterscheidet. Allerdings kommt dieses letztere ziemlich selten vor, und Clément konnte sowohl in seiner eigenen Erfahrung, wie in der Literatur nur wenige einschlägige Fälle auffinden, auf deren Reproducirung hier aber nicht eingegangen werden kann.

*Zittern analog den Erscheinungen der Paralysis agitans:* Mehr minder verbreitetes Zittern mit mehr weniger rapiden, regelmässigen, wenig ausgedehnten Schwingungen, gesteigert bei willkührlichen Bewegungen, im Schlafe gänzlich aufhörend, im wachen Zustande durch Ruhe und Unbeweglichkeit bedeutend vermindert. Mitunter geht die Analogie so weit, dass sogar die der Schulterlähmung eigenthümliche Stellung der Hände und die rhytmische Bewegung der Finger beobachtet wird. („Meist sind die Daumen und Zeigefinger ausgestreckt und einander genähert, wie bei der Schreibestellung der Hand, die gegen die Hohlhand mässig gebeugten Finger sind zusammen gegen den Ulnarrand geneigt; ausserdem präsentiren sie sich in ihren verschiedenen Gelenken abwechselnd gebeugt und gestreckt“ Charcot.) Man hat diese Form beobachtet nach Ersipel, Scarlatina, Typhus.

*Zittern analog den Erscheinungen der Sclérose en plâques:* Das Zittern tritt nur bei intendirten Bewegungen auf und stellt eine Mischung von Parese und Ataxie dar, und findet sich Nystagmus, Zittern der Zunge, eine eigenthümliche Veränderung der Sprache, der Kranke spricht z statt g oder j (le malade zézaie) skandirt die Worte. Diese Form wurde beobachtet nach Ersipel, Blattern (die bekannten Fälle von Westphal) Typhus. In einzelnen Fällen wurden auch psychische Störungen notirt. Das Zittern befällt hauptsächlich die obern Extremitäten, in einzelnen Fällen auch den Kopf, es verschwindet, wenn der Kopf oder die Hände gestützt werden, und unterscheidet sich dadurch von dem Zittern der Paralysis agitans, das nur im Schlafe aufhört. Gubler, dem dieser Zustand nicht entgangen war, hatte ihn als Astasia muscularis oder Amyastasie beschrieben. Auch die Sprachstörung ist ganz verschieden von

jener in der Paralysis agitans; hier handelt es sich um ein Stottern, Stammeln, die Sylben werden transponirt oder verdoppelt. („Es besteht zwar kein eigentliches Sprachhinderniss, aber die Redeweise ist langsam, ruckweise, die Worte werden abgestossen und das Aussprechen jedes Wortes scheint einen beträchtlichen Willensaufwand zu kosten. Wenn die Agitation des Körpers eine excessive ist, so kann die Sprache zitternd unterbrochen werden, wie man es bei ungewöhnten Reitern, welche ein harttrabendes Pferd reiten, beobachtet“ Charcot). Bei der Sclerose ist die Articulation ungestört, aber jede Sylbe wird mit einer gewissen Anstrengung und von der nachfolgenden durch eine bemerkbare Pause getrennt ausgesprochen, die Worte werden scandirt. („die Sprache ist langsam, schleppend, zeitweise beinahe unverständlich. Den Kranken kommt es so vor, als sei ihre Zunge zu dick geworden und die Aussprache erinnert an die eines Betrunkenen. Bei aufmerksamer Prüfung findet man, dass die Worte gleichsam scandirt werden; zwischen jeder Silbe wird eine Pause gemacht und die Silben werden langsam ausgesprochen. Die Aussprache der Worte ist wohl zögernd, nicht aber eigentlich stotternd. Einzelne Consonanten, wie l, p, g, werden besonders schlecht ausgesprochen.“ Charcot.) Bei diesen Kranken wird auch mitunter Ataxie der Unterextremitäten beobachtet, doch blieb in allen Beobachtungen dieser Art der Muskelsinn intact, die Kranken konnten selbst bei geschlossenen Augen die Lage ihrer Glieder genau angeben, Gewichte bestimmen u. s. w. Von psychischen Symptomen sind zu notiren Aenderung der Stimmung, Neigung zum Weinen, zum Lachen, grosse Reizbarkeit, etc. Clément schliesst sich vollkommen der Ansicht Westphal's über die Analogie dieser Nachkrankheit mit der Slerose an, ohne übrigens der Meinung zu sein, dass beiden Zuständen ein gleiches pathologisch-anatomisches Substrat zu Grunde liege. Die Läsionen des Rückenmarcks nach acuten Krankheiten, besonders nach Blattern sind vorübergehend und nicht so tiefgreifend, wie bei Sklerose, ihr Sitz und ihre Vertheilung ist aber dieselbe, da beide gleiche Symptome setzen. Zu erwähnen ist noch, dass in einzelnen Beobachtungen sich auch epileptiforme Anfälle notirt finden.

Die Prognose ist nicht in allen Fällen eine ungünstige, oft genug tritt Genesung ein. Die Behandlung war in verschiedenen Fällen eine verschiedene, sogar das Glüheisen ward von Fritz mit Erfolg angewendet. Das meiste Vertrauen verdienen aber Tonica, kalte Douchen, Schwefelbäder u. s. w.

Dr. Smoler (Prag).

---

99) **B. Luchsinger**: Zur Kenntniss der Functionen des Rückenmarkes. (Archiv f. d. ges. Physiol. XVI. Bd. 9. u. 10. Heft.)

Die vorliegende Untersuchung bezweckt dem Rückenmarke eigene Centren zuzuerkennen, die man früher meistentheils *allein* der Medulla oblongata und der Brücke zugeschrieben hatte.

Ein dem Kussmaul-Tenner'schen entsprechender Versuch am Rückenmarke der Katze, bei welcher in der Chloroformnarkose die Tracheotomie gemacht worden, und die Nervi vagi

durchschnitten waren, wobei die künstliche Respiration eingeleitet, beiderseitig die Art. mammar umschnürt, die Art. subclaviae unterbunden, Schlingen um den Stamm der absteigenden Aorta, sowie um beide Carotiden gelegt waren ergab bei Zuziehung der Aortenschlingen heftige Krämpfe des Hinterkörpers, während das Vorderthier vollkommen ruhig war. Bei Zuziehung der Carotisschlingen traten die von Kussmaul und Tenner beschriebenen allgemeinen Krämpfe ein. Die Krämpfe des ganzen Thieres nach Verschluss der 4 Kopfarterien und die bloss lokalen Erregungen und nach Verschluss der Aorta verdanken ihren Unterschied einem Unterschiede in der Verknüpfung der gereizten Ganglienzellen.

Zur dyspnoischen Erregung der Gefässwände werden Experimente unter Chloroformnarkose mit Einleitung künstlicher Athmung nach Tracheotomie, Durchschneidung beider Nervi vagi und sympathici und endlich Eliminirung des Hirneinflusses resp. der Medulla oblongata angestellt. Das letztere geschah durch Sperrung der Circulation. Wenn 5 Minuten nach Verschluss der Kopfarterien die eigene Athmung des Thieres nicht völlig erloschen war, machte Verf. noch eine neue Rückenmarksdurchschneidung. Nach Abtrennung des Hirnes wurde das Thier mit geringer Dosis curarisirt. Reflectorische Drucksteigerung war unerheblich bei bloss curarisirten Thieren; nach Verschluss der Trachealkanäle folgt meistens ein erhebliches Zeichen des Blutdruckes, dann fällt er langsam aber stetig ab. In einer grossen Anzahl von Fällen beginnt während einer Erstickung ein langsames, dann immer steileres Ansteigen des Druckes. Dauert die Erstickung länger, so fällt der Druck ab, bei künstlicher Athmung aber steigt er noch einmal sehr bedeutend, um allmälig wieder bis auf den ursprünglichen, niedrigen Stand zu kommen. Die einfachste Deutung dieser Erscheinungen weist auf die Existenz von Gefässcentren des Rückenmarkes hin, deren dyspnoischen Reizung die Beobachtung erklärt.

Auch die Versuche mit Picrotoxin an Katzen, Kaninchen, Tauben und Fröschen ausgeführt, bewiesen zur Evidenz eine directe Reizung der motorischen Centren des Rückenmarkes durch dieses Gift, von dem man bisher nur eine Einwirkung auf die Medulla oblongata angenommen hatte. Aber nicht allein auf die motorischen Ganglienzellen wirkt das Picrotoxin, sondern es bewirkt vielmehr eine allgemeine Reizung des Centralnervensystems und für diese Krampfwirkung bedarf es keines specifischen Krampfcentrums, da jede Ganglienzelle der Vorderhörner in gleicher Weise für dieses Gift sich reizbar erweist.

Als Grundresultat seiner Untersuchung, die, in einer „Nachschrift“ mit einer Abweisung der Nawrocki'schen Ansichten über die Innervation der Schweissdrüsen schliesst, spricht Verf. den Satz aus: „Die nächsten Centren aller Functionen des Rumpfes liegen im Rückenmarke. Reizt irgend ein Stoff irgend eines dieser Centren, so müssen auch alle übrigen Centren durch den nämlichen Stoff erregt werden können“.

Dr. Goldstein (Aachen).

## 100) Lasègue: Des délires par accès au point de vue médicolégale. (Affaire Chabot.)

(Archives générales de médécine. Januar 1878.)

Der 42jährige Schlächtergeselle Jul. Chabot, welcher schon längere Zeit mit seiner Familie im Unfrieden lebte, kam am 7. Mai 1876 in den Fleischerladen seiner Mutter (in Paris) knüpfte ein Gespräch an und erschlug, während der Bruder nebenan die Zeitung las, seine Mutter mittelst eines an einer Schnur befestigten Kilogewichtes. Bei der gerichtlichen Confrontation blieb Chabot ganz kalt, gab an, dass er schon lange das Verbrechen geplant hätte, dazu noch von seiner Mutter im Gespräche über Familienverhältnisse gereizt worden sei. Ein anderesmal gab er an, dass er nicht den Vorsatz gehabt hätte, aber nachdem er von seiner Mutter zornig gemacht, den Mord vollbracht. Da er in der Untersuchungshaft ein eigenthümliches Verhalten zeigte, wurde er zur Begutachtung seines Geisteszustandes der Untersuchung der Dr. Dr. Lasègue und Blanche überwiesen.

Dem *Gutachten* entnehmen wir folgende Data: Chabot, ein robuster Mensch ohne jeglichen angeborenen Fehler, erlitt als Kind von 2—3 Jahren einen schweren Fall mit nachfolgenden schweren Gehirnerscheinungen. Die Behandlung währte mehrere Jahre, schliesslich wurde anscheinend Heilung erzielt. Pat. lernte lesen und schreiben, zeigte jedoch immer ein eigenes Wesen, er mied die Gesellschaft Anderer, liebte die Einsamkeit, trieb mit Vorliebe athletische Uebungen (stundenlange im Keller); suchte auch, erwachsen, um polizeiliche Erlaubniss nach, sich als Athlet zeigen zu dürfen, was ihm aber verweigert wurde, worüber er wieder sehr verstimmt war. Chabot war ohne Freunde, schweigsam mürrisch, nüchtern bis zur Theilnahmlosigkeit. Von Zeit zu Zeit beobachtete man an ihm bestimmte Anfälle. Er wurde dann sehr ängstlich und unruhig, sehr misstrauisch, zeigte Verfolgungswahn; verrammelte Nachts seine Zimmerthür etc. Während des Krieges 1870 trug er ein besonderes Costüm, weisse Stiefletten mit schwarzen Bändern, nach der Commune ging er nie zu Bette, ohne mit einer grossen Gabel bewaffnet zu sein. Zum erstenmale wähnte er im Jahre 1864 einen Mordversuch der Seinigen gegen sich bemerkt zu haben, indem ihm unter die Speisen Vitriol gemischt worden sei, ebenso habe man 6 Monate danach, und dann noch einmal im Jahre 1868 versucht, ihm Vitriol beizubringen. Er kommt nicht von dem Gedanken los, dass seine Mutter ihn habe vergiften wollen, trotzdem er sich sagen muss, dass er keinerlei Beweise habe. Beim Eintritt seiner Anfälle kommt er immer wieder darauf zurück und geräth in immer grösseren Hass gegen seine Mutter. (Sein Vater war schon früher gestorben.) Er verlangt schliesslich sein väterliches Vermögen, trennt sich von den Seinigen, lebt ein Jahr lang im Müssiggang, dann als Taglöhner in einer Fabrik, wo er dasselbe unzugängliche Wesen, mit zeitweisen Anfällen von Angst und Misstrauen zeigte.

Seit dem Jahre 1875 konnte auch eine Verschlechterung des Charakters constatirt werden, indem Chabot zum öftern wegen Vagabondirens verurtheilt wurde. 1876 erfolgte dann der Einkauf des Gewichtes, wochenlanges Zaudern, bis er schliesslich die Mutter aufsucht und die That vollbringt. In Mazas zeigte Chabot wechselndes Verhalten, bald mürrisch und still, bald gesprächiger, jedoch unfähig die Bedeutung seiner That zu ermessen: immer misstrauisch, immer im Vertheidigungsstand, ohne Delirium bis auf den Verfolgungswahn bezüglich der drei vermeintlichen Vergiftungsversuche.

Das Gutachten führt nun aus, dass man es hier mit einem Kranken zu thun habe, wie sie in den Anstalten nur selten anzutreffen. Solche Individuen seien bizarr, mürrisch, reizbar, man fürchte sich vor ihnen, ohne eigentlich zu wissen warum; schliesslich käme es doch öfters zu einem Verbrechen von ihrer Seite. Zwei Elemente seien gegeben, welche die Krankheit bedingten, einmal die dauernde Gehirnläsion, dann das plötzlich triebartige Handeln, welches den Anfall abschliesse. Beide seien bei Chabot vorhanden; einmal die anfängliche Affection, nach welcher er dann krank blieb; dann die periodischen Anfälle, in welchen sich der Verfolgungswahn durch Wiederkäuen der Ereignisse, deren Opfer er sich dünkte, immer mehr steigerte. Die geistige Störung zeigte sich in einem ganz andern Bild als nach der gewöhnlichen Definition der Geistesstörung, dieselbe sei aber nicht minder tiefgreifend. *Chabot sei daher anzusehen als an einer Gehirnkrankheit leidend, welche bei ihm die Zurechnungsfähigkeit beinahe völlig aufgehoben habe.*

Chabot wurde bei geminderter Zurechnungsfähigkeit zu 8 Jahren (!) Zwangsarbeit verurtheilt.

An die Mittheilung des Gutachtens knüpft Lasègue noch eine Betrachtung über die klinische Seite des Falles. Chabot litt an intermittirender Störung, wo der Experte, wenn er nicht zufällig einmal einen Anfall beobachten kann, lediglich auf die Zeugenaussagen angewiesen ist. Unter die Epilepsie kann der Fall nicht eingereiht werden, wohl aber gibt es eine andere Klasse von Kranken, auf welche Lasègue besonders die Aufmerksamkeit lenken möchte und welchen er den Namen „les cérébraux" zu geben vorschlägt. Eigenthümlich ist dieser Klasse folgender Verlauf: Ein Individuum wird zu irgend einer Zeit und durch irgend eine Ursache von einer schweren Gehirnaffection heimgesucht, die schliesslich scheinbar mit Genesung endigt. Die Genesung aber ist in der Regel nur eine scheinbare. Nach Wochen, bis Jahren erscheinen neue Anfälle; die Krankheit gleicht dem unter der Asche glimmenden Feuer. Die Anfälle spielen sich nun entweder auf physischem Gebiete ab: (Ohnmachten, Schwindel, Kopfschmerzen, Krampfanfälle etc. bis schliesslich Verfall des Kranken eintritt) und setzen dann Niemand in Erstaunen, man bringt sie leicht mit der überstandenen Gehirnkrankheit in Zusammenhang. Andererseits können aber die psychischen Symptome völlig überwiegen, es kommt zu Anfällen von Verwirrtheit, Angst, Aufregung, triebartigen Handlungen, während das körperliche Befinden keine Aenderung zeigt. (Sechs Beobachtungen illustriren diese Ausführung). Solche Leute, wie die geschilderten, gebe es immer in beträchtlicher Anzahl, und zu diesen gehöre auch Chabot.

Dr. Karrer (Erlangen).

## Briefkasten der Redaction.

Staatsrath R. in W. Brief erhalten: das andere noch nicht. — Dr. Seelgm H. Bitte Ref. des übers. Buches für die nächste Nro. — Kr. in Cöthen, die Naturforscherversammlung tagt in diesem Jahre in Cassel, wahrscheinlich vom 18. — 24. September — Director Schn. in Bp. die Sache ist erledigt; gute Besserung!

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT
für
# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt
von
**Dr. med. A. ERLENMEYER,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — 1½ Bogen stark.**
Preis Halbjährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an. — Insertion auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 7. 1. Jahrgang. 1878.**

## Referate.

101) **Laws,** A new classification of the Cerebro-Spinal Nerves.
(The Saint Louis Medical and Surgical Journal, Juni 1878).

Am 21. Mai d. J. hat der Verf., Präsident der Universität Columbia der Missouri Medical-Association ein Exposé über eine neue Eintheilung der Cerebrospinalnerven vorgelegt, dem wir folgendes entnehmen. Die bisher gebräuchliche Eintheilung nach Willis u. Soemmering verwirft Verf. da in ihnen gar kein System sei; er will nur die *Function* der Nerven als einzig gültiges Eintheilungsprincip gelten lassen, und zwar die Function an dem sichtbaren Ursprunge, nicht im Verlaufe der Nerven oder ihren Endigungen. Motorische Wurzelfäden blieben auch in der beliebigsten Endausbreitung motorisch, und wenn ein bei seinem Ursprung rein motorischer Nerv in der Endausbreitung den Character eines gemischten Nerven angenommen habe, so beweise das nur, dass sich im Verlaufe zu dem motorischen Faden ein sensibler äusserlich zugesellt, nicht dass der motorische Faden zu seiner motorischen Eigenschaft auch noch sensible erhalten habe. Den Glossopharyngeus und Vagus erklärt er an ihrem Ursprung für „exclusively sensitive", rangirt sie daher unter die sensibeln Nerven. Auch die alte Eintheilung der Spinalnerven in 32 Paare verwirft er vollständig und constatirt statt dessen, genau anatomisch und functionell verschieden, 62 Paare. Eine Lücke gesteht er seiner Eintheilung zu, bezüglich der Geschmacksnerven; dieses liege aber nur an den Anatomen und Physiologen, die heute noch nicht bestimmt hätten, welcher eigentlich

der Geschmacksnerv sei. Denjenigen Theil unseres Organismus, wo wir Empfindungen wahrnehmen (Bewusstsein) nennt man *Sensorium;* derselbe sollte eigentlich aus den 38 Paar sensibler Nerven (seiner Eintheilung) nebst ihren Ganglien bestehen, und in gleicher Weise sollten die 38 Paar motorischer Nerven eine Vereinigung darstellen, für die er den Namen *Motorium* vorschlägt. Das sympath. System hält er nur für ein motorisches System. Seine Eintheilung ist folgende, der zum bessern Verständnisse die von Willis und Soemmering beigefügt ist:

| Laws 1878. | | Willis 1664. | Soemmering 1778. |
|---|---|---|---|
| A. **Motorische Nervenpaare.** | | Paar. | Paar. |
| 1) Gehirnnerven: | 1. Oculo motorius | 3 | 3 |
| | 2. Patheticus | 4 | 4 |
| | 3. Kurze Wurzel des Trig. | 5 rad. brev. | 5 |
| | 4. Abducens | 6 | 6 |
| | 5. Facialis | 7 port. dura | 7 |
| | 6. Accessorius | 8 3. Wurzel | 11 |
| | 7. Hypoglossus | 9 | 12 |
| 2) Rückenmarks-nerven | 31 Paare vorderer Wurzeln | | |
| | 38 Paare. | | |
| B. **Sensible Nervenpaare:** | | | |
| 1) Gehirnnerven: | 1. Olfactorius | 1 | 1 |
| | 2. Opticus | 2 | 2 |
| | 3. Trigem. | 5 port. maj. | 5 |
| | 4. (Gustatorius ?) | — | — |
| | 5. Auditorius | 7 port. moll. | 8 |
| | 6. Glossopharyng. | 8 1. Wurzel | 9 |
| | 7. Vagus | 8 2. Wurzel | 10 |
| 2) Rückenmarks-nerven | 31 Paare hinterer Wurzeln | | |
| | 38 Paare. | | |

Erlenmeyer.

---

102) **Hensen** und **Völkers**: Physiologische Untersuchungen über den Ursprung der Accomodationsnerven, nebst Bemerkungen über die Function der Wurzeln des Nervus oculomotorius.

(Gräfe's Archiv f. Ophth. XXIV. 1. S. 1 ff.)

Schon 1874 begannen die Verfasser ihre Untersuchungen an Hunden, ein Gehirncentrum für die Accomodation nachzuweisen, indem sie das Grosshirn mit den Corp. striatis, Thalam. opticis, und Corn. ammon bis zum Tentorium und Vierhügeln entfernten, die Wurzeln des oculomotorius 1—2 Mm. in die Dura verfolgten, das Ganglion Gasseri freilegten, und dann mit schwachen Inductionsströmen die einzelnen freiliegenden Theile reizten. Die Versuche ergaben mit Sicherheit, dass im Stamm des Oculomotorius die Acco-

modationsnerven verlaufen, und dieser die betreffenden Nervenfasern dem Ganglion ciliare zuführt. Zwar sind es die vordersten Wurzelfasern, in welchen die Nerven für den Musc. tens. Chorioideae und die Accomodationsbewegungen verlaufen. Der hintere Theil des Bodens des 3. Ventrikels und der Boden des Aquaed. Sylvii ist reizbar und ergibt die Reizung, dass im *vordersten Abschnitt das Centrum* der Accomodation gelegen ist. Das Centrum für die Bewegung des Sphyncter iridis liegt zwischen denjenigen für den Rectus internus und die Accomodation, während der Dilatator pupillae einem ganz andern Innervationsgebiet angehört. Hinter den Centren des rectus internus liegt das des rectus superior und levator palp. sup., diesen folgt, ganz von den corp. quadrigemin bedeckt, der Ursprung des rectus inferior und dann des obliquus inferior, während der trochlearis mehr seitlich gelegen erscheint.

Verfasser erklären die Divergenz ihrer Befunde von denen anderer Experimentatoren dadurch, dass letztere sich meist auf dem noch ziemlich unendeckten Gebiete der Leistungen der corp. quadrigemin. bewegten; nur Adamük hat ähnliche Resultate wie die vorliegenden, verzeichnet.

Nieden (Bochum).

---

103) **Arndt:** Ueber einige bemerkenswerthe Verschiedenheiten im Hirnbau des Menschen.

(Virch. Archiv Band 72.)

Diejenigen Organe, welche, wie besonders das centrale Nervensystem, die Vollendung ihrer entwicklungsgeschichtlichen Ausbildung am spätesten erfahren, zeigen nach dem Verf. auch am häufigsten gewisse Anomalien sowohl in ihrem ganzen Ausbau als auch besonders in Bezug auf die einzelnen Elementartheile, welche auf nicht vollständig durchgeführter Differenzirung beruhen. „Je windungsreicher ein Gehirn, desto mehr muss es differenzirt sein.“ Die *Achsencylinder* — welche nach Arndt nur dadurch einen fibrillaeren Bau vortäuschen, dass ihre Protoplasmakörnchen reihenförmig angeordnet sind, können bald glatte Fäden und Bänder darstellen, bald aber auch mit länglich rundlichen, schwach granulirten Körperchen in grösseren oder kleineren Abständen bedeckt sein, welche Körperchen als Reste aus einer früheren Bildungsperiode aufgefasst werden müssen. Beim Menschen finden sich derartige Achsencylinder mit solchen Körperchen selten; Arndt hat sie nur bei Geisteskranken gesehen, hat aber Geistesgesunde nicht auf ihr Vorkommen untersucht. Dennoch bringt er diese anatomische Modalität mit der Entstehung von Geisteskrankheiten in Zusammenhang, insofern eine derartige mangelhafte Ausbildung des Gehirnes für eine grössere Erkrankungsfähigkeit desselben zeuge.

Auch die *Markscheiden* zeigen verschiedenartige Differenzen. Beim Kinde und beim Weibe sind sie dünner als beim erwachsenen Manne; häufig bleiben auch bei der Bildung der Markscheiden Reste

von Kügelchen zurück, welche der fertigen Markscheide anstatt des normalen gleichmässig glänzenden Aussehens ein mehr mattes, punktirtes Aussehen verleihen. Auch diese abnormen Markscheiden berechtigen zu den gleichen Schlüssen wie die oben geschilderten Achsencylinder. Was die „*Ganglienkörper*" angeht, so gehört nach der Hypothese des Verf. zum Begriffe gut entwickelter Formationen dieser Art auch die Eigenschaft, dass die „Elementarkügelchen" des Protoplasma derselben eine in bestimmten Zügen auftretende Anordnung haben, wodurch ein fibrillaeres Aussehn zu Stande kommt. Diese Hypothese führt zu der paradoxen Consequenz, dass die beiden Hirnrinden des Menschen noch keineswegs zu der vollen, ihnen vielleicht in Zukunft bevorstehenden Entwickelung gelangt sind, da ihnen ein derartiges fibrillaer-streifiges Aussehn bisher noch fehlt. Wenn nun auch noch an solchen Orten, an welchem gewöhnlich das von Arndt vorgezeichnete Ideal der Ganglienkörperausbildung erreicht scheint, z. B. in den Purkinje'schen Zellen, es sich nicht oder nur theilweise findet, so ergiebt sich auch hier ein niederer Grad der Entwickelung des Gehirns mit allen Consequenzen eines solches Zustandes.

Zum Schlusse versucht Verf. den anatomischen Befund dünnerer Achsencylinder und schwach entwickelter Markscheiden mit grösserer Reizbarkeit und Erregbarkeit neben leichter Erschöpfbarkeit des Nervensystems, den Befund gut entwickelter Ganglienkörper in der grauen Hirnrinde, die unter sich möglichst innig verknüpft sind, mit grösserer Ausbildung des logischen klaren Denkens in Zusammenhang zu bringen.

Fr. Schultze (Heidelberg).

---

104) **Dario Maragliano:** Le Localizzazioni motrici nella corteccia cerebrale, studiate specialmente del lato clinico.

(Rivista sperim. di freniatr. e. di med. leg. Anno IV. fasc. 1.)

Verf. stellt in einem ersten Abschnitt einer sehr sorgfältigen Arbeit 97 zur Obduction gelangte Fälle von Affectionen der Hirnrinde tabellarisch zusammen, um auch vom klinischen, resp. pathologisch-anatomischen Standpunkte die Hitzig und Fritsch'schen, respective Ferrier'schen Angaben über die Rindencentra, unter Berücksichtigung der spätern Arbeiten von Nothnagel, Albertoni u. A., zu prüfen. Diese Fälle werden folgendermassen gruppirt: 28 Fälle von Erkrankung der Frontalwindungen allein, 15 Fälle von solchen der Scheitelwindungen allein, 30 von Erkrankung beider Regionen, endlich 24 Fälle, in denen ausser den genannten noch andere Rindenbezirke afficirt waren. Es sind nur solche Fälle benutzt, in denen intra vitam die Bewegungsstörungen (Lähmungen, Spasmen, Epilepsie) der einzelnen Muskelgruppen genau verzeichnet worden sind. Aus weiteren Zusammenstellungen der einzelnen anatomischen Befunde ergiebt sich folgendes:

Unter 13 F. von Erkrankung der *1. Frontalwindung* war diese 8 Mal im unteren, 3 Mal im vorderen Theile, 2 Mal in d. Totalität erkrankt.
„ 17. „ „ „ „ 2. „ war diese 12 Mal im unteren, 3 Mal im vord., 2 Mal total;
„ 21 „ „ „ „ 3. „ war diese 11 Mal im unteren, 2 mal im vord., 8 mal total erkrankt.

Die Circumvol. front. ascend. (vordere Centralwindung) zeigte sich 45 Mal erkrankt, und zwar 15 Mal im oberen, 4 Mal im mittleren, 16 Mal im unteren Theile, 4 Mal total, 6 Mal ohne specielle Angabe der Stelle.

Die *parietal. ascend.* (hintere Centralwindung) war ebenfalls 45 Mal afficirt, und zwar 14 Mal im oberen, 3 Mal im mittleren, 14 Mal im unteren, 5 Mal total, 9 Mal ohne specielle Angabe.

Die *pariet. superior* (hinteres Ende der hinteren Centralwindung Lobul. postero und parietal.) zeigte sich 9 Mal, die Umgegend der gyr. angulat. (pariet. infer. lobul. paracentral.) 22 Mal erkrankt.

Stellt man die Fälle nach der *Localität* der int. vit. beobachteten *Motilitätssymptome* zusammen, so ergiebt sich im Wesentlichen Folgendes: In 10 Fällen, in denen Paralysen oder Convulsionen *einer oberen Extremität* beobachtet waren, fand sich die Rindenverletzung in *den beiden oberen Dritteln* der motorischen Zone (mittlerer und oberer Theil der beiden Centralwindungen und nächste Nachbarschaft). Wurde neben der Affection der Extremität noch gleichzeitig eine Functionsstörung der *Gesichtsmuskulatur* beobachtet (11 Fälle), so war *meistentheils* (9 Fälle), das *untere* oder *beide unteren* Drittheile der vorderen Centralwindung, allein oder mit Betheiligung der 3. Frontalwindung oder der hintern Centralwindung afficirt. Von den beiden Fällen, in denen das *obere* Dritttheil dieser Zone verletzt war, schien im ersten ein Herabhängen des Mundwinkels nicht mit Sicherheit beobachtet gewesen zu sein, im anderen waren Spasmen der Gesichtsmuskulatur nur vorübergehend gesehen worden.

Bei *Hemiplegie* oder bei *einseiiger Epilepsie mit Betheiligung des Gesichts* (28 Fälle im Ganzen) war auch mehr oder weniger der *untere* Theil der vorderen Centrawindung betheiligt; wo andere Regionen der Rinde *ausschliesslich* verletzt erschienen, waren entweder die Symptome i. v. nur leicht und passager gewesen, oder es fand sich nebenher noch eine Verletzung des Centr. semiovale, (eine Region, die nach der neusten Arbeit von Pitres sehr häufig bei der genannten Affection betheiligt ist). In den 33 Fällen, in denen *beide Extremitäten allein* befallen waren, fanden sich im Allgemeinen die *oberen* zwei Dritttheile der beiden Centralwindungen erkrankt, so dass also die Betheiligung des Gesichts es zu sein scheint, welche auf eine Erkrankung des unteren Dritttheils der motorischen Zone, besonders der vorderen Centralwindung, bezogen werden muss. Auch

den Angaben von *Grasset*, nach welchem das Bewegungscentrum für das *obere Augenlid* im gyr. angulat. liegt, wurde Aufmerksamkeit geschenkt, und dieselbe in 4 Fällen wenigstens insofern bestätigt gefunden, als jene Region 2 Mal ausschliesslich afficirt, die anderen beiden Male aber bei der Erkrankung betheiligt erschien. — Verf. hat erst nach Beendigung seiner Arbeit die den gleichen Gegenstand behandelnden Arbeiten von Charcot & Pitres (Revue mens.) und von Bourdon (Bullet. de l'acad. Oct. 77) kennen gelernt; seine Resultate stimmen jedoch mit denen des Letzteren vollkommen, mit denen der Ersteren zum grössten Theile überein, und weichen nur in sofern von diesen ab, als Maragliano dem „Centrum" für die obere Extremität allein einen grösseren Raum anweist, als Charcot & Pitres es thun. Die Maragliano'sche Arbeit wird noch eine Fortsetzung erhalten.

G. Salomon (Hamburg).

---

105) **Obersteiner** (Wien): Die motorischen Leistungen der Grosshirnrinde.

(Medic. Jahrbücher 1878, Heft II.)

Der Verf. giebt einen historischen Ueberblick über die Entwickelung der Lehre von den Hirnrindenfunctionen in der neusten Zeit und stellt sich im Allgemeinen auf die Seite von Hitzig — Fritsch gegenüber Schiff und Goltz. Er geht genauer auf die Frage ein, ob nach umschriebenen Rindenextirpationen *constant* Anomalien gewisser Muskelgruppen zurückbleiben oder nicht, und hat durch eigene Versuche ermittelt, dass in der That, wenn die *ganze* zu dem Vorderbeine der andern Seite in physiologischer Beziehung stehende Hirnrindenparthie exstirpirt wurde, ein *dauernder* Zustand in den betreffenden Muskeln geschaffen wird. Der Verf. entfernte alle Parthien, bei deren Reizung durch „mässige Stromstärke" noch Bewegungen des correspondirenden Beines ausgelöst wurden, und erhielt bei drei Kaninchen nach 1 Jahr bis 15 Monate nach der Verletzung die characteristischen von Hitzig beschriebenen Veränderungen der Muskeln. Er zog bei seinen Experimenten aus anatomischen Gründen Kaninchen den Hunden vor.

Dann geht der Verf. auf verschiedene von Ferrier aufgestellte Sätze über, welche besagen, dass je mehr gewisse Bewegungen von der Controle des Willens abhängen, desto markirter die nach Zerstörung der ihnen zugewiesenen Rindencentren auftretende motorische Störung ist, und ferner, dass, je mehr eine Muskelgruppe mit der entsprechenden Muskelgruppe der anderen Seite bilaterale associrte Bewegungen auszuführen gewohnt ist, desto geringer oder vorübergehender die Folgen einer Hirnrindenzerstörung in ihnen ausgesprochen ist. Obersteiner wendet diese Sätze auf die *menschliche* Pathologie an, und kommt auch hier zu der Folgerung, dass je mehr eine Muskelgruppe unter normalen Verhältnissen dem Einflusse des Willens bei ihren Leistungen unterworfen ist, desto

mächtiger sie in der Grosshirnrinde vertreten ist, jemehr dagegen eine Muskelgruppe ohne Intervention des Bewusstseins, gewissermassen reflectorisch gebraucht wird, um so schwächer die physiologische Einwirkung der Hirnrinde sich gestalte, und um so weniger Raum ihr daselbst angewiesen sei. Er fand nämlich bei der Durchsicht der betreffenden Literatur der Pathologie der Hirnrinde des Menschen, dass unter 47 Fällen die verschiedenartigen Erscheinungen an den Extremitäten (Convulsionen oder Paresen) nur in zwei Fällen sich ausschliesslich auf die unteren Extremitäten, 11mal nur auf die oberen Extremitäten und in den übrigen zum grössten Theile vorwiegend auf die oberen Extremitäten sich bezogen. Da wir nun nach dem Verf. unsere oberen Extremitäten häufiger durch den Willen beeinflussen als die unteren, so erscheint dadurch dem Verf. sein Satz auch für den Menschen erwiesen. Alle jene Bewegungsvorstellungen, welche wiederholt am häufigsten vor das Bewusstsein treten, besitzen dennoch die ausgebildetste centrale Projection in der Hirnrinde, und durch Schädigungen dieser besonders entwickelten psychomotorischen Centren werden am leichtesten Reiz- oder Hemungserscheinungen an den betreffenden Muskeln hervorgerufen. Ist allerdings die Erkrankungsstelle zu wenig ausgedehnt wie z. B. in einem Falle des Verf., bei welchem im Lobulus paracentralis „entsprechend der auf die Medianfläche des Gehirnes übergetretenen vorderen Centralwindung“ eine ganz kleine Geschwulst sich fand, welche etwa 30—40 der dort befindlichen Riesenpyramidenzellen zerstört hatte, so resultirt keine Störung.

Sicherlich können die Goltz'schen Versuche für die Lösung der Localisationsfrage auch nach der Ansicht des Verf. nicht verwerthet werden, ebensowenig wie die geringe Anzahl der von Brown-Séquard gegen die Lokalisationstheorie angeführte Einzelfälle etwas gegen die immense Majorität derjenigen Fälle beweist, in denen bestimmte Symptomengruppen bestimmten Laesionsheerden entsprechen. Die Anschauung Brown-Séquard's, dass die Symptome einer organischen Gehirnerkrankung durch Reizung irgend welcher von der Laesionsstelle entfernter Punkte, nicht durch Reizung oder Lähmung der betroffenen Elemente entstanden zu denken sind, würde nach Obersteiner doch gerade voraussetzen, dass jene entfernten, indirect gereizten Parthien die Träger bestimmter Functionen darstellen.

Fr. Schultze (Heidelberg).

---

106) **Th. Rumpf**: Ueber die Einwirkung der Centralorgane auf die Erregbarkeit der motorischen Nerven.

(Archiv für Psychiatrie VIII. 3. Heft.)

Verf. experimentirte im Heidelberger physiologischen Institut am Nerv. ischiadicus des Frosches, um die Frage zu beantworten, ob sich ein Unterschied in der Erregbarkeit des Nerven zeigt, je nachdem derselbe mit dem Centralorgan in Verbindung bleibt oder durchtrennt ist. Das Resultat dieser Versuche war folgendes:

1. An dem mit dem Centralorgan verbundenen Nerven tritt die Oeffnungszuckung des aufsteigenden Stromes bedeutend später auf, als an dem vom Centralorgan getrennten.
2. Durch 15—30 minutenlanges Auflegen einer Kältemischung auf die Wirbelsäule tritt die Oeffnungszuckung noch später auf.
3. Dieselbe Wirkung hat Trennung des Schädels und der Wirbelsäule von allen Theilen mit Ausnahme der zu prüfenden Hinterschenkel während der ersten 15—20 Minuten nach der Operation.
4. Die sensiblen Wurzeln können für diese Thatsachen nicht verantwortlich gemacht werden.

In dem mit dem Centralorgan verbundenen motorischen Nerven machen sich also ständige Einwirkungen geltend, die sich durch Veränderung der elektrischen Erregbarkeit ausdrücken. — Im Anschluss daran theilt der Verf. zwei Fälle von peripherer Radialislähmung mit („Mittelform“), in welchen, übereinstimmend mit dem Experiment, *eine Steigerung der Erregbarkeit für die Anodenöffnung* nachgewiesen werden konnte, die mit der Wiederherstellung der Motilität wieder verschwand. Beide Beobachtungen betreffen frische Fälle, während in älteren, wenn die elektrische Erregbarkeit der Nerven schon sehr beträchtlich herabgesetzt ist, diese Steigerung nicht mehr nachgewiesen werden kann. Schliesslich hebt der Verf., unter Mittheilungen einiger hierhergehöriger Beobachtungen, die nach verschiedenen Gelenkaffectionen in den Muskeln der Extremitäten auftretenden Atrophien hervor, bei welchen die Untersuchung eine einfache Verminderung der elektrischen Nervenerregbarkeit ergiebt, ohne qualitative Anomalien und ohne Entartungsreaction in den Muskeln. Die Ursache dieser Atrophien sucht er, in Uebereinstimmung mit Paget und Valtat, in einer durch die starke sensible Erregung bedingten Hemmung der Thätigkeit des Rückenmarkes, so dass durch die verminderte Einwirkung des Centralorgans sowohl die herabgesetzte Erregbarkeit der motorischen Nerven, als auch die Atrophie der Muskeln herbeigeführt werden. Weitere Untersuchungen werden zu entscheiden haben, in wie weit man berechtigt ist, eine ständige Einwirkung der Centralorgane, resp. des Rückenmarkes auf die motorischen Nerven, als den Ausdruck einer dem Rückenmark allgemein zugeschriebenen trophischen und tonischen Thätigkeit, zu statuiren.

Berger (Breslau).

---

107) **Pürkhauer**: Propylamin gegen Chorea minor.

(München, J. A. Finsterlin 1878. 11 pag.)

**Weiss**: Ueber die therapeutische Verwendung des Propylamin in einigen Nervenkrankheiten.

(Wiener Med. Doct. Colleg. Sitzung vom 13. Mai 1878. — Allg. Med. Z. Nro. 21.)

**Richter**: Zur Therapie der Chorea minor.

(Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. XXI., Heft 4.)

Propylamin (eine Lösung von Trimettylamin 1 : 10) wurde bereits früher (von Avenarius) gegen Gelenkrheumatismus ange-

wendet. Pürkhauer versuchte das Mittel auch gegen Chorea, den bekannten Zusammenhang dieses mit Rheumatismus berücksichtigend; er wandte es in 6 Fällen von Chorea, denen Rheumatismus vorangegangen war mit gutem Erfolge an. Von 21 Fällen die Weiss mit P. behandelte, zeigten sich bei 5 Patienten schon nach 2—3 Tagen sämmtliche Krankheitserscheinungen geschwunden; bei 8 weiteren trat ein Erfolg erst nach 2—3 Wochen ein; die 8 letzten blieben ohne jede Besserung. Eine genügende Aufklärung dieser verschiedenartigen Wirkung ist bis jetzt nicht gefunden worden. Die Individualität scheint eine grosse Rolle zu spielen; unbetheiligt sind dabei Geschlecht, Alter oder etwaige Complicationen. In Fällen, wo daher nach Gaben von 1,0 die Wirkung nicht bald eintritt muss die Dosis bis auf 2,5—3,5 erhöht werden. Gastrische Störungen traten nach dem Gebrauche nicht auf. Verordnet wird es in folgender Form: Propylam. puri 1,5. Aq. dest. 80,0. Syr. simpl. 20,0 D. S. zweistündlich 1 Esslöffel. (Auch bei einem von 3 Fällen von Paralysis agitans wurde das Mittel mit Erfolg gegeben; ebenso bei einer Hystro-Epilepsie, wo die Krämpfe nach dreitägigem Gebrauch (4,5) cessirten).

Richter knüpft an die Versuche Seifert's*) an über die Einwirkung der Salicylsäure auf Rheumatismus und Chorea, hält aber seinerseits für das richtigste und wirkungsvollste Verfahren bei der Chorea die Anwendung der Electricität und des Wassers.

Zur richtigen Wahl der Methode ist die Kenntniss der Art und Entstehungsweise der Chorea von höchster Wichtigkeit. Aber wie dunkel ist noch dies Gebiet! Der Empirie bleibt es also einstweilen vorbehalten die Heilmethode zu suchen. So empfiehlt sich bei Chorea auf der Basis von centralen funktionellen Störungen des Nervensystems die Anwendung der Electricität, uns zwar bedient man sich bei Reizerscheinungen (Krampf) schwacher Ströme mit möglichster Vermeidung von Stromdichtigkeitsschwankungen. Als die Ursachen der Reflexchorea sind besonders periphere Verletzung und Narbenschrumpfungen, sowie Schwangerschaft zu nennen.

Noch häufiger sind die secundären centralen Störungen bedingt durch Neuritis, die auf die Centralorgane fortkriecht und sich im Rückenmark durch Peripachymeningitis, seltener durch Myelitis äussert. Die Behandlung der centralen secundären Affectionen ist nicht undankbar. Narben werden excidirt, bei Neuritis der constante Strom aplicirt. Auch bei entzündlichen Vorgängen soll der Strom einen resorbirenden Einfluss ausüben. Grosshirn und die Gegend der grossen Basalganglien sind besonders zu berücksichtigen. Auf stabile Druckschmerzpunkte setzt man den milderen Kupferpol. Ungünstiger ist die Prognose bei den Fällen von Chorea, die auf intensiveren Gewebsdegenerationen in den Centralorganen basiren. Sehr lebhaft empfiehlt Verfasser die Wasserheilmethoden in ihren verschiedenen Formen. Er wendet sie an zur Beruhigung (26—20° R.) event. mit nachfolgender roborirender Wirkung.

---

*) Vergl. das Referat Nro. 17 in Nro. 1 d. Bl.

Werden als Ursache functionelle Störungen vermuthet, so erhalten die Patienten zuerst laue Vollbäder von 26—23° R. Darauf folgt eine Einwicklung von ca. 23—18° R., der wieder ein Vollbad von 25—23° R. folgt. Den Schluss bilden Abreibungen von 26—16° R. Regen- und Strahldouchen sind zu vermeiden. Stets bleibt die Vorsicht zu beobachten nicht sofort mit kalten Badeformen zu beginnen da hierdurch leicht eine Verschlimmerung der Krämpfe verursacht wird. Die kühlen Proceduren sind im Allgemeinen den warmen bei Behandlung chronischer Neurosen vorzuziehen und ist ihre Anwendung auch zur resorbirenden Einwirkung entzündlicher und ähnlicher Vorgänge der Centralorgane von grossem Nutzen. Sollten Vollbäder nicht vertragen werden, so versuche man, da bei Chorea meist das Hirn als Hauptsitz der Affection anzunehmen, ausser Abreibungen die mildere Application eines Sitzbades von ca. 23—19° R. 5—10 Min. Bei sorgfältigen kühlen Bedenken des Kopfes, dem Angeführten zu Folge leistet also die Wasserheilmethode im Ganzen mehr als die Elektricität, da letztere besonders als Reizmittel eine höhere Stufe einnimmt, während die beruhigende sowie circulations- und resorptionsbefördernde Wirkung der Hydrotherapie mehr am Platze ist. Es bleibt jedoch immerhin anzuerkennen, dass auch dem constanten Strom ein corrigirender Einfluss bei Krampfformen, sowie eine resorbirende Wirkung zukommt, die richtige Behandlung also das geschickt gewählte combinirte Verfahren beider Heilmethoden bei gleichzeitiger Anwendung eines passenden körperlichen wie geistigen Regimen verbunden mit der Darreichung innerer Mittel erfordert.

von der Marck (Bendorf).

---

108) **Goldstein**: Ueber Athetose. (Inaug. Diss. Berlin 1878).

In der fleissigen, bei M. Bernhardt gearbeiteten Dissertation (mit der These: Die Bleilähmung ist eine Krankheit des Rückenmarks) bringt Verf. für die Anschauung, *dass die Hemiathetose nur als Abart der Hemichorea aufzufassen ist*, folgenden bemerkenswerthen Krankheitsfall aus der Clientel des Dr. Bernhardt bei:

Martha L. . ., 17 Jahre alt, stammt von einem gesunden und robusten Vater; ihre Mutter soll an Tuberculose gestorben sein. Sie kommt zuerst im Februar d. J. mit ihrem Vater zu Dr. Bernhardt. Jener gibt an, dass P. seit Juli v. J. kränklich sei. Sie bekam um diese Zeit dicke Füsse, und man bemerkte, dass zugleich ihre Sprache schlechter wurde. Im October überstand sie eine schwere Krankheit, welche sie nöthigte, mehrere Wochen das Bett zu hüten, und nach der sie eine vollkommene rechtseitige Lähmung mit Aphasie zurückbehielt. Welcher Natur diese Krankheit war, liess sich nicht mehr eruiren.

*Stat. praesens.* P. ist sehr blass. Beim Gehen schleppt sie das rechte Bein etwas nach. Die obere Extremität der rechten Seite kann sie zwar bewegen, aber nur mangelhaft, die Finger hält sie meist in der Hand eingeschlagen. Die Hand und der ganze Arm der rechten Seite sind in dauernder, ruheloser und heftiger

Bewegung; sie zeigen das Bild der Chorea posthemiplegica. Die linke Seite ist vollkommen frei.

Am Gesicht ist eine Schiefheit kaum bemerkbar, vielleicht ist die linke Mundhälfte etwas mehr nach links verzogen. Sonst zeigt sich beim Schliessen der Augen, beim Stirnrunzeln etc. kein Unterschied auf beiden Seiten. Die Zunge deviirt beim Hervorstrecken nicht. Die Tonsillen sind etwas geschwollen, das Gaumensegel functionirt in normaler Weise.

Die Untersuchung der Augen ergiebt, dass die linke Lidspalte kleiner als die rechte ist. Das linke obere Lid fällt etwas ptotisch herab. Die linke Pupille ist um ein weniges kleiner als die rechte, beide sind von mittlerer Weite und reagiren gut. Die Bewegungen der Augen sind frei, es existirt kein Doppelsehen und kein Strabismus Patientin sieht central gut, doch ist offenbare rechtsseitige Hemianopsie zu constatiren. Lässt man die Kranke central fixiren und nähert einen Gegenstand von rechts her dem fixirten Punkte, so wird dieser Gegenstand nicht eher erkannt, als bis er in die Mitte des Gesichtsfeldes gebracht ist.

Was die Sprache betrifft, so ist die Patientin nicht im Stande, die ihr vorgelegten Gegenstände zu benennen, fordert man sie auf aus diesen einen bestimmten auszuwählen, so zeigt sie auf einen falschen. Spricht man ihr die Namen einiger Gegenstände vor, so vermag sie nicht die betreffenden Worte nachzusprechen. Ihr Gehör ist gut. Nur mit Mühe gelingt es ihr, einem verständlich zu machen, welchem Zwecke die ihr vorgelegten Dinge dienen. Zur Noth bekommt sie es fertig, einen Kreis zu malen und ihren Namen zu schreiben. Lesen ist ihr nicht möglich. Manchen Aufforderungen, wie „stehen Sie auf", kann sie leidlich Folge leisten.

Sie ist freundlich und spricht auch einige Worte in der Unterhaltung, wobei sie Hauptwörter vermeidet. Eine Zeit lang war sie ganz unfähig zu sprechen, bei Rückkehr der geistigen Fähigkeiten freute sie sich wie ein Kind darüber.

Die Sensibilität ist rechts wohl etwas anders als links, aber nicht erheblich herabgesetzt. Meistens sind der Patientin Stiche und Kneifen rechts fast unangenehmer als links. Von Tuberculose ist trotz schlechten Toraxbaues nichts sicheres nachzuweisen. An der Basis sterni hört man ein systolisches Blasen neben dem ersten Herzton und einen verstärkten zweiten Pulmonalton. Eine Hypertrophie des rechten Ventrikels ist nicht vorhanden. Auffallend ist, dass der Puls an der linken Radialis ganz fehlt, seit wann ist fraglich.

Die Diagnose lautete demnach, Hemiparesis dextra; Aphasia; Hemianopsia dextra; Hemichorea dextra. — Man kann daran denken, dass durch eine affectio cordis bedingte embolische Processe die Ursache der verschiedenen Störungen abgegeben haben, doch lassen die am Herzen aufgefundenen Abnormitäten es nicht zu, in Bezug hierauf eine sichere Diagnose zu stellen.

Nach der ersten Untersuchung stellte sich P. wieder am 21. März cr. vor, und es ist nun höchst interessant, den an diesem Tage aufgenommenen Krankheitsbericht mit dem ersten zu vergleichen. Im Ganzen lässt sich eine Besserung der früher beobachteten Erscheinungen constatiren.

P. macht den Eindruck eines freundlichen und netten Mädchens. Ihr Allgemeinbefinden ist besser, nur klagt sie an einem der vorhergehenden Tage zweimal Schwindelanfälle und heftige Kopfschmerzen in der linken [illegible]ngegend gehabt zu haben.

Die Aphasie und Agraphie haben sich merklich g[illegible]ert. P. antwortet auf die Fragen, wie sie heisse und wo sie wohne. Legt ma[illegible] mehrere Gegenstände vor, so wählt sie den verlangten richtig aus, und sie [illegible]ss jetzt auch genügender

als früher anzugeben, was man mit den verschiedenen Gegenständen macht. Beim Vorhalten eines Portemonaies sagt sie „da ist Geld drin", eines Buches „zum Erzählen" etc. Aber wenn sie auch eben einen Schlüssel etc. richtig gefasst hat, nachdem man sie aufforderte, so kann sie doch noch nicht das bezügliche Wort nennen oder nachsprechen. Sie unterhält sich leidlich und sucht von Tag zu Tag Wörter zu lernen. Sie schreibt mit der linken Hand Namen und 2 (nicht in Spiegelschrift), kennt aber nicht A. D. M. 100 etc. Sie weiss sehr wohl, dass 1 Mark mehr ist als 10 Pfennige, 10 Pf. mehr als 5 Pfg., ist aber nicht im Stande die vorgehaltenen Geldstücke mit Namen zu nennen. Ist der Gehöreindruck nicht durch das Gesicht unterstützt, so irrt sich P. oft, fordert man sie z. B. auf, nach ihrer Nase zu fassen, so ergreift sie das Ohr u. s. w.

Die Hemianopsie hat sich nicht gebessert, sondern besteht in gleicher Weise wie früher. Von einer Anästhesie ist nirgends etwas nachzuweisen. — Die Hemichorea ist verschwunden und von den unwillkürlichen und fortwährenden Bewegungen, welche bei der ersten Untersuchung am ganzen Arm, im Schulter- und Ellenbogengelenk wie auch an den Fingern in recht intensiver Weise aufgetreten waren, sind nur langsame und beständige Bewegungen der Finger übrig geblieben. Das ruhelose Spiel dieser besteht in einer krankhaften Flexion und Extension mit kurzen Worten: Die Hemichorea ist in die Hemiathetose übergegangen.

---

109) **Cottin**, Commotion de la moelle, Phenomène de localisation.
(Le Progrès médicale 1878 Nro. 24.)

Ein 47jähriger kräftiger Schreiner fiel aus der Höhe von 2 Metern bei vorn übergebogenem Rumpfe auf das Gesäss. Trotz heftigen Schmerzes konnte er jedoch aufstehen, gehen, und selbst seine Arbeit wieder aufnehmen. Am Tage nach dem Falle konnte er nicht mehr uriniren, was er Tags zuvor nicht versucht hatte. Drei Wochen lang musste er catheterisirt werden; von da ab ging es ohne Hülfe aber noch immer beschwerlich. Häufiger Drang; Entleerung sehr geringer Quantität. Der Penis klein und halb gebogen. Leichte Schmerzen in der urethra und der regio hypogastrica. Gleichzeitig mit diesen Urinbeschwerden besteht hartnäckige Verstopfung; Entleerung nur auf Clystire möglich. Gleich nach dem Fall erhöhte sexuelle Reizung, danach fehlt jede libido, jede Erection.

Es handelt sich demnach um den nicht gewöhnlichen Fall einer isolirten *Blasen- und Mastdarmlähmung mit Impotenz* nach Erschütterung des Marks durch Fall. Die Erscheinungen traten gleich nach dem Unfall auf, gingen aber bereits nach 3wöchentlichem Bestande allmählich in Besserung über. Verf. zieht die bekannten Experimentalergebnisse von Gianuzzi, (Centrum vesicospinale in der Höhe des 5. Lendenwirbel) Masius, (Centrum anospinale in der Höhe des 6. L.-W.) und Budge (Centrum genitospinale in der Höhe des 4. L.-W.) heran und versucht dem entsprechend den Fall zu erklären. Die Prognose hält er für ziemlich günstig und bringt wiederholte Vesicatore auf die Wirbelsäule, und subcutane Injectionen von Ergotin, event. Strychnin zur Anwendung. Zur Electricität will er erst greifen wenn alles andere im Stich gelassen hat. Erlenmeyer.

---

110) **Ganguilles** (Bern): **Beiträge zur Kenntniss der Rückenmarks-tumoren.**

(Inauguraldissertation, Bern 1878.)

Ganguilles berichtet über zwei Fälle von Rückenmarkstumoren, welche er unter Leitung von Prof. Langhans in Bern genauer untersucht hat. Der *erste Fall* betraf ein *Cylindrom* des *Conus medullaris* bei einem 12jährigen Mädchen. Als Krankheitssymptome werden angegeben: 3 Jahre vor dem Tode grosse Ermüdung in den Beinen, die allmälig in Parese überging, bald darauf Incontinentia urinae. Bei ihrer Aufnahme im Berner Krankenhause einige Monate vor ihrem Tode fand sich *motorische* und *sensible* Paralyse der Unterextremitäten, häufig *Zuckungen* und *Contracturen* in denselben, welche *keine* Schmerzen verursachten; ausserdem *Anschwellung* der Beine, *Decubitus*, *Lähmung der Sphincteren*. Sitzen kaum möglich. Die Arme sind frei; Tod in einem Anfalle von Convulsionen. Die *Autopsie* ergab die Wirbelsäule intact, im unteren Theile des Rückenmarkkanals innerhalb des Sacks der Dura mater eine 15 Cm. lange, ziemlich weiche, gallertig-transparente Geschwulst, durch welche die unveränderten Nerven der Cauda equina hindurchlaufen. Nach oben zu wird der Tumor dünner und geht direct in die centrale Masse des Rückenmarks über. Im Hals- und Brusttheil der Medulla spinalis aufsteigende Degeneration der medianen Parthien der Hinterstränge. Mikroskopisch zeigen sich die ausgebildeten Geschwulstparthien sehr gefässreich; die Adventitia stark verdickt; ausserdem finden sich eigenthümliche Kugeln und Kolben, die ein Product der sich aufblähenden Adventitialzellen darstellen und ferner Spindelzellen, welche den Gefässen und den Kugeln „anhaften" und die nach dem Verf. ebenfalls aus den Adventitialzellen entsprungen sein sollen. Die Geschwulst darf mithin als eine der Gruppe *Angiosarcoma mucosum* zugehörige betrachtet werden. Obgleich nun Verf. der Anschauung ist, dass unter dem Namen der Cylindrome, zu welchen die neuerlichst sogenannten Angiosarcome bekanntlich gerechnet wurden, vielerlei differente Tumoren verstanden werden, so hat er die allgemeinere Bezeichnung „Cylindrome" dennoch zur Ueberschrift gewählt. — Die Nerven der Cauda equina zeigen mikroskopisch „Zerklüftung der Markscheide und theilweise Zerstörung derselben", die Veränderungen der sekundaeren Degeneration blieben unberücksichtigt.

Der *zweite Fall* betrifft ein *Sarcom*, welches von der Pia mater des Lendentheiles ausging, spindelförmig geformt war und mit der Dura sich verwachsen zeigte. Die Consistenz weich, die Nervenwurzeln abgeplattet, theilweise transparent. Das Rückenmark im Conus terminalis bis auf Reste verschwunden (durch Compression); nur sehr spärliche Körnchenzellen; stärkere Gefässentwicklung; weiter nach aufwärts in der Lendenanschwellung Ueberreste nervöser Substanz; im Halstheile aufsteigende Degeneration; in den Nervenwurzeln im Bereiche des Tumor nur hier und da leichte Zerklüftung der Markscheiden und Wucherung ovaler Zellen in dem Bindegewebe." Die Geschwulst selbst gehört histologisch der Gruppe *der Spindelzellensarcome* mit *myxomatöser Degeneration* an.

Die Krankheitssymptome waren die folgenden gewesen: Ein Jahr vor dem Tode des 51jährigen Besitzers der Geschwulst waren „rheumatoide" *Schmerzen* vorübergehender Art in den Unterextremitäten entstanden, später Zunehmen der Schmerzen und lancinirender Charakter derselben; ferner *Schmerzen im Kreuz*, sechs Monate vor dem Tode *Parese* und *rasche Atrophie* der Beine, später *Sensibilitätsparese* und *Sphincterenlähmung.* Bei der Aufnahme im Spital $3^1/_2$ Woche vor seinem Tode: Complete *motorische Paralyse* der Unterextremitäten, nahezu völlige *Paralyse der Sensibilität* — nur das Temperaturgefühl ziemlich erhalten, — Fehlen der Haut- und Sehnenreflexe, häufig *lancinirende Schmerzen* und *Schmerzen* im Kreuz. Aufsitzen unmöglich, Scoliose der Wirbelsäule im unteren Brusttheil nach rechts, *erster und zweiter Lendenwirbel* bei *Druck sehr empfindlich*; Wirbelsäule im Brust- und Lendentheil völlig steif. Eine erysipelatöse Gangraen, welche vom penis ausging, verbunden mit Decubitus führte den Tod herbei.

Den Schluss der Abhandlung bilden einige Bemerkungen über die Diagnose eines Tumors des Rückenmarkes oder der Rückenmarkshäute, die darin gipfeln, dass eine völlig sichere Erkennung solcher Tumoren bei Lebzeiten noch nicht möglich ist, und nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gemacht werden kann.

Fr. Schultze (Heidelberg).

---

111) **Seeligmüller** (Halle): Zur Entstehung der Contracturen bei der spinalen Kinderlähmung.

(Separat-Abdruck aus dem Centralblatt für Chirurgie 1878, Nro. 18.)

R. Volkmann hat bekanntlich in seinem Vortrage „*Ueber Kinderlähmung und paralytische Contracturen*" für die Entstehung paralytischer Deformitäten 3 Momente angegeben: 1) die eigene Schwere des betreffenden Theiles, 2) die abnorme Belastung bei seiner Benutzung und 3) das eventuelle Unvermögen eine Gliedstellung zu beseitigen, die durch eine Bewegung nicht gelähmter Muskeln herbeigeführt wurde; er vindicirt aber dem letzten Momente nur einen sehr geringen Einfluss, weil er das Moment der Schwere höher anschlägt als das Fehlen der Antagonisten, und also meint, dass selbst beim Fehlen der Antagonisten durch die Schwere die Ausgangsstellung wieder eintreten müsse.

Gegen diese Geringschätzung der antagonistischen Theorie aber unter vollkommner Anerkennung der mechanischen Momente wendet sich hauptsächlich Verf. auf Grund einiger kurz angeführten Krankheitsgeschichten, von denen folgende als sehr bemerkenswerth und selten hier angeführt werden mag:

Anna Zinke 2 Jahre alt hatte nach Ablauf einer 7 wöchentlichen Krankheit — von der Mutter als Kopfrose bezeichnet — Lähmung des rechten Arms gezeigt. Lähmung und Atrophie erstreckte sich nur auf die von den Nn. medianus und ulnaris versorgten Muskeln an Vorderarm und Hand während die dem N. ra-

dialis angehörenden intact waren; diese Muskeln zeigten normale electr. Reaction, die gelähmten gar keine. Trotz dieser nur 8 Monate bestehenden ausschliesslicher Lähmung der Beuger des Handgelenks und der Finger, sowie der Beuger und Adductoren des Daumens bei unversehrten Antagonisten besteht *keine Beugecontractur*, die man nach Volkmann erwarten müsste, sondern die Hand zeigt neben Extension und Abduction des Daumens *ausgesprochenste Extensionsstellung* (maine griffe). Wird aber der Vorderarm freigehalten und nur am Ellbogen unterstützt, so sinkt der Arm allmälig in Beugestellung, während die Hyperextension der Grundphalangen der Finger und die Stellung des Daumens gleich bleibt. Sobald jedoch die geringste Bewegung von dem Kinde intendirt wird, tritt die frühere Extensionsstellung wieder ein. Verf. formulirt seine Ansicht wie folgt: „In allen Fällen von spinaler Kinderlähmung, wo von den nur ein Gelenk bewegenden Muskeln einzelne ausschliesslich oder vorwiegend gelähmt sind, kann bei dem ersten Bewegungsversuch, welchen das Kind mit der gelähmten Extremität macht, der vom Gehirn ausgehende Willensimpuls nur zu denjenigen Muskeln gelangen, zu welchen die Nervenleitung freigeblieben ist, demnach werden sich also einzig und allein die nicht gelähmten Muskeln contrahiren und dem Gliede eine Stellung nach ihrem Sinne geben. In dieser Stellung nun wird das Glied verharren, weil die gelähmten Antagonisten nicht im Stande sind, jene willkürlich verkürzten Muskeln wieder auszudehnen. Jeder neue Willensimpuls wird aber stets wieder denselben Weg nehmen und darum die Contraction der nicht gelähmten Muskeln immer mehr verstärken, bis dieselben schliesslich in der Verkürzung erstarren, bis die Contractur fertig ist.“

Erlenmeyer.

---

112) **Arndt**: Aus einem apoplectischen Gehirn.

(Virchow's Archiv Band 72, 1878).

Eine 60jährige Arbeiterin, welche etwa 6 Jahre vor ihrem Tode eine nach mehreren Wochen wieder zurückgehende Hemiplegie erlitten hatte, später melancholisch wurde, dann wieder zwei Schlaganfälle erlitt und in den letzten Monaten ihres Lebens ihrer geistigen Fähigkeiten völlig verlustig gegangen war, starb an doppelseitigerPneumonie. Bei der *Section* fand sich ausser starker atheromatoeser Entartung und aneurysmatischer Erweiterung der grösseren Hirnarterien im rechten Sehhügel ein haselnussgrosser *Erweichungsheerd*, welcher in seinem Centrum eine derbwandige Cyste enthält, die von erweichter Hirnsubstanz umgeben wird. *Zu dieser Cyste* und mit dieser innig zusammenhängend führt ein *rabenfederkieldickes Gefäss, dessen Adventitia zu einem mässigen Mantel erweitert* ist, welcher von den beiden inneren Gefässhäuten getrennt ist. Das Gefäss ist stark verästelt und zeigt sich besonders in der Nähe der Cyste *von büschelförmigen Zotten* bedeckt, es entsteht dadurch eine papillöse Neubildung, welche

auch die erweichte Hirnparthie rings um die Cyste durchsetzt. Ferner fanden sich zwei Erweichungscysten im rechten Linsenkern, in welchem die kleinere Gefässe miliare Aneurysmen zeigen.

Mikroskopisch sieht man die Gefässe des ganzen Gehirns spindelförmig erweitert, mit verdickter Adventitia und mit Erweiterung der adventitiellen (nach Verf.: Virchow-Robin'schen) Räume. Die beerenartigen Körperchen der anscheinend papillösen Geschwulst in der Nähe des Sehhügelheerdes sind ebenfalls *Adventitialectasien* von sehr verschiedener Form, meist von birnförmiger Gestalt. Ihre Oberfläche besteht aus „lauter regelmässigen Plättchen", nur bei einzelnen Ectasien zeigt sich dieselbe homogen. Ihr Inhalt wird nur zum Theil aus hellglänzenden Kugeln gebildet, die meisten Ectasien zeigen sich leer; andere enthalten kleine, rundliche gleichförmige Zellen. Die Wände dieser Ectasien sind aus grösseren, sehr verschieden gestalteten, oft gefranzten Zellen zusammengesetzt. Die erwähnten hellglänzenden Kugeln stellen nach Verf. hyaloide Umwandlungen der Inhaltszellen, die homogenen Wände einzelner Ectasien hyaloide Umwandlung der Gesammtectasie vor.

In der Epikrise vergleicht Verf. den erhaltenen Befund mit einer früher von ihm beschriebenen Neubildung an neugebildeten Gefässen des subarachnoidalen Raumes, welche er damals Cancroid nannte, die er aber jetzt als Angiosarcoma epitheliodes oder cancroidiforme bezeichnen möchte. Der vorliegende Befund zeigt wesentliche Differenzen von jenem, Verf. möchte für ihn den Namen *Lymphendotheliom* gebrauchen. Als die Ursache der vielfachen Adventitialectasien denkt sich Arndt Lymphstauungen in den Virchow-Robin'schen Räumen, welche durch das theilweise Verlegtsein derselben durch partielle Erweiterungen des eigentlichen Gefässrohres und durch übermässige Anhäufungen von Körnchenzellen und ähnlichen Elementen entstanden sein sollen.

Die *miliaren* Aneurysmen des Gefässrohres selbst führt der Verf. nicht auf atheromatöse Entartung der kleinsten Hirngefässe zurück, er konnte diese Entartung in seinem Falle nur an den grössern Hirnarterien entdecken. Er sucht vielmehr in einer sehr ausführlichen Auseinandersetzung darzuthun, dass man für die Entstehung dieser Aneurysmen, eine *angeborne Anlage* der betreffenden Individuen zu Hülfe rufen müsse, die sich in einer a priori vorhandenen Schwäche und Hinfälligkeit der mittleren Gefässhaut zu erkennen gebe. Er glaubt, dass besonders lymphatische Constitutionen, welche er mit den chlorotischen zu identifiziren geneigt ist, jene Anlage besitzen — entgegen der gewöhnlichen Anschauungsweise, welche sich den apoplectischen Habitus, bei welchem die Grundlage der apoplectischen Anfälle — das miliare Aneurysma — besonders ausgebildet ist, ganz anders vorstellt. Anatomische Belege für die Richtigkeit seiner Anschauung, für die Häufigkeit von Gefässectasien bei chlorotischen und lymphatischen Constitutionsanomalien werden nicht beigebracht.

Den Schluss der Abhandlung bilden einige Bemerkungen über gelb oder rostfarben verfärbte Körnchenzellen. Verf. glaubt, dass

es sich bei diesen Gebilden um Wanderzellen handelt, welche Pigment aufnehmen, welches nach dem Zerfall der Zellen häufig in Form freien Pigmentes vorgefunden wird. Das Pigment selbst sieht Verf. nicht für ein Fettderivat an, wie Daniel von Stein, sondern für einen Eiweisskörper, der häufig vom Blutfarbstoff herrührt. Die Gewöhnlichen, nicht gefärbten Körnchenzellen sollen nach dem Verf. auch von Ganglienkörpern herrühren können.

Fr. Schultze (Heidelberg).

---

113) **Runge:** Die Wirkung hoher und niedriger Temperaturen auf den Uterus des Kaninchen und des Menschen.

(Archiv für Gyn. XIII. 1. pag. 123.)

Die mehr oder weniger erschöpfenden Angaben, welche über die Wirkung des thermischen Reizes auf den Uterus in der Literatur zu finden sind, ergänzt die Arbeit Runge's in beachtenswerther Weise durch eine Reihe von Experimenten und einige klinische Beobachtungen.

Da der Uterus des schwangeren Kaninchen fast ausnahmelos, der des geboren habenden sehr häufig bei der Eröffnung des Abdomen Spontancontractionen macht, der des noch nicht trächtig gewesenen Thieres dagegen unter günstigen Umständen nach der Bloslegung in Ruhe verharrt, so war der virginale Uterus das geeignetste Beobachtungsobject, umsoeher, als er am promptesten auf die von R. in Frage gezogenen Reize reagirt. Besagte Spontancontractionen treten übrigens meist als Strictur, sehr selten als fortschreitende Bewegung auf, sind also kaum mit den auf thermische Reize auftretenden Bewegungen zu verwechseln. R. unterscheidet mit Kehrer 3 Modi von Contractionen, eine fortschreitende Zusammenziehung (Progressivcontraction) eine stationäre Einschnürung (Strictur) und einen Tetanus. Es kam bei den Experimenten nicht die erstere und letztere Form zur Beobachtung. Die Thiere wurden weder chloroformirt noch curarisirt, bei sorgsamem Operiren ist, wenn man sich genau in der Linea alba hält, jedes Zucken der Thiere zu vermeiden. Im ganzen wurden zu den Experimenten 50 Kaninchen verwendet.

Die Application von *heissem Wasser* (+ 50⁰ C., dasselbe wurde in die Bauchhöhle gegossen, ohne dass der Uterus vom Strahle getroffen ward) ruft nach 5—10 Secunden prompt Progressivcontracturen hervor, die an den Hörnern beginnend medianwärts fortschreiten; Entweder bleibt das Phänomen bei dieser Art der Bewegung stehen, oder (das häufigere) es geht in Tetanus Uteri et vaginae über. — Die Progressivcontraction wiederholt sich stets in mehrfacher Zahl; der Tetanus selten, es erfolgt dasselbe Resultat ob das heisse Wasser in angegebener Weise applicirt wurde, oder ob es in Vagina oder Rectum eingegossen ward, oder ob das ganze Thier eingetaucht wurde.

Auf den Tetanus folgt ein Stadium der Erschlaffung, der Uterus nimmt eine bläulich-weisse Farbe an und sinkt zurück, um erst nach einiger Zeit seine Reizempfänglichkeit wieder zu erlangen. Je höher die Temperatur, desto lebhafter die Bewegungen, desto intensiver aber auch das schliessliche Lähmungsstadium (analog der von Horvath am Darme gemachten Beobachtung). Unter 40° C. wurde ein Lähmungsstadium nicht beobachtet, jenseits 65° C. starker Tetanus, dann hochgradige Lähmung.

Bei Application *heisser Luft* waren die Phänomene analog, wenn auch nicht so intensiv, es trat schnell Lähmung ein — wahrscheinlich veranlasst durch die schnelle Austrocknung der Eingeweide durch die trockene Hitze (applicirt mittelst des Pacquelin'schen Thermocauter) *Kaltes Wasser* erzeugt sofort eine starre allgemeine Contraction, die bis zu einer halben Stunde, vorausgesetzt, dass das kalte Wasser weiter einwirkt, anhalten kann. An dem durch Eiswasser zum Tetanus gebrachten Uterus ruft heisses Wasser neue Bewegungen hervor, wogegen Eiswasser den durch lange Anwendung hoher Temperaturen erschlafften Uterus nicht wieder zu Contractionen bringen kann (ebensowenig wie Strychnin selbst in tödtlicher Dosis.)

Die erhöhte Kröpertemperatur (das Versuchsthier wurde in einem Wärmekasten 40°—50° ausgesetzt, so dass das Thier Stunden lang auf 40°—42° Anustemperatur erhalten wurde) erzeugt dem Angegebenen analoge Contractionen des Uterus; dieselbe erhöht ferner die Reizempfänglichkeit derart, dass schwache sonst unbeantwortete Reize wirksam werden. Aehnliche Resultate erzielt man am ausgeschnittenen Uterus, es stirbt derselbe um so früher ab, je stärker die Reize sind, bei schwachen Reizen bleibt seine Reizbarkeit lange erhalten.

Diese Thierversuche ergänzen zwei Gruppen von auf klinischem Gebiete gewonnenen Beobachtungen über die haemostyptische Wirkung der heissen Vaginaldouche und über das Verhalten des graviden Uterus bei fieberhaften Krankheiten. R. versuchte nun mittelst der heissen Vaginaldouche Contractionen am graviden Uterus um die Frühgeburt einzuleiten, zu erregen. Eine 3malige Anwendung einer heissen Vaginalinjection von 40° R. war im Stande regelmässige Wehen hervorzurufen. Weiter wurde bei einer Atonia post partum die heisse douche angewendet und giebt dieser Fall zu bedenken, dass dem durch lange Hitzeapplication erzeugten Tetanus Uteri eine Erschlaffung des Organs folgt, welche allen bekannten Reizmitteln trotzt, welche also einen unheilbaren Zustand darstellt, und fordert daher die Anwendung der heissen Douche dringend zur *Vorsicht* auf. Endlich theilt R. zwei Fälle von partus praematurus bei Typhus mit (Temperatur überschritt nicht 40,5). Es bleibt erst weiteren Beobachtungen vorbehalten, ob es die hohe Temperatur, oder die haemorrhagische Disposition der Decidua oder vielleicht zufällige Reize bei dem durch die erhöhte Temperatur reizempfänglicheren Uterus seien, welche bei fieberhaften Krankheiten die Frühgeburt veranlassen.

Küstner (Jena).

---

**114) Arndt:** Ueber einen eigenartigen anatomischen Befund in dem Centralnervensystem eines Geisteskranken.

(Virchow's Archiv Band 73. 1878).

Bei einem 49jährigen Potator, welcher in dem letzten Jahre seines Lebens im Allgemeinen die Symptome der „Paralysis generalis progressiva tabica" gezeigt hatte und unter comatösen Erscheinungen zu Grunde gegangen war, ergab die von dem Verf. vorgenommenen Autopsie ausser chron. Endocarditis und aneurysmatischer Erweiterungen der Aorta neben Atheromatose der Gehirnarterien *Atrophie des Gehirns* und insbesondere einen sehr ausgesprochenen *Etat criblé des Gehirns und Rückenmarkes.* Die Substanz der Hinterstränge besonders im unteren Brustmarke und im Lendenmarke erscheint grau, ebenso auch die lumbalen Abschnitte der Seitenstränge. Am gehärteten Praeparate zeigten alle Schnitte durch das Centralnervensystem ein „poröses, schwammigcavernöses" Gewebe. Die Hirnrinde, die Markleisten, auch das Marklager sind von rundlichen, hirse — bis hanfkorngrossen Hohlräumen durchlöchert, welche durch dünne Scheidewände von einander getrennt sind. Rückenmarksquerschnitte bieten das Bild der „feineren Filigrangewebe."

Bei 50facher Vergrösserung zeigen sich die lakunaeren Räume in den Hirnrindenquerschnitten zum grossen Theile von nackten Gefässstämmchen durchzogen, die Wandungen der Räume bestehen aus einer granulirten, gefässhaltigen oder auch mehr fasrigen Grundsubstanz. In den Hintersträngen sieht man stärkere Balkenzüge, welche durch mächtige Lücken von einander getrennt sind, weniger ausgeprägt sind Balken und Lücken in den Seitensträngen. Die Lücken sind von feinen Fasern und nur selten von Gefässen durchzogen; in den Balken verlaufen Gefässe, die *graue* Substanz zeigt die gleichen Verhältnisse. Bei stärkerer Vergrösserung zeigten sich „die Nervenfasern wohl erhalten, aber auseinander resp. zusammengedrängt"; ihr Mark ist atrophisch oder geschwunden. Die Ganglienkörper überall erhalten, aber besonders in den Ganglien der Hirnbasis zusammengedrängt, im Rückenmarke liegen sie mehr vereinzelt, und schienen geschrumpft zu sein. Die Neuroglia zeigte sich nirgends gewuchert, auch in den graudegenerirten Abschnitten nicht. Der Verf. glaubt die graue Degeneration aus dem Verluste der Markscheiden und aus einer Flüssigkeitsansammlung in dem betroffenen Gewebe entstanden annehmen zu können. Ueber die geschilderten Lücken spricht er sich an einer Stelle dahin aus, dass sie *halb und halb als Kunstproducte* anzusehen seien, an einer andern Stelle, dass sie mit grösster Wahrscheinlichkeit *nur* Kunstproducte vorstellten, die unter dem Einfluss von schrumpfenden Medien entstanden seien, wobei allerdings die Bedingungen zur Lückenbildung schon während des Lebens vorbereitet und „bis zu einem gar nicht mehr unerheblichen Grade selbst schon angebahnt" gedacht werden müssen. (Auch am nicht gehärteten Praeparate war der Etat criblé schon vorhanden gewesen). Er verlegt die Flüssigkeitsansammlungen nach deren Aufsaugung durch den Alkohol die Lücken entstanden,

in „praeformirte interstitielle Räume“, also weder in die adventitiellen noch in die perivasculaeren Lymphräume. In dieser Beziehung unterscheidet sich der vom Verf. beschriebenen Falle von früheren ähnlicher Art (Fälle von Hauptmann, Lockhart Clarke, Ripping, Adler, Obersteiner), in welchen der eine oder der andere der genannten Lymphräume oder beide zusammen erweitert gefunden wurden. Die Ursachen der vermehrten Flüssigkeitsdurchtränkung liegt in einer Lymphstauung, welche wieder durch eine Entzündung der Pia mater ihrerseits hervorgebracht wurde.

Die geschrumpften Ganglienkörper im Rückenmark sieht Verf. für seinen Fall als Kunstproduct an; die vorhanden gewesene stärkere Flüssigkeitsansammlung habe bei Lebzeiten das Protoplasma stärker durchweicht; ein solches wasserreiches Protoplasma müsse aber durch die Härtung und Aufbewahrung im Alkohol stärker schrumpfen als ein wasserärmeres.

Fr. Schultze (Heidelberg).

---

115) **Bourneville**: Science et Miracle — Louise Lateau ou la Stigmatisée Belge.
(Paris 1878. 2. éd.)

Man wird sich erinnern dass Virchow in seiner Rede „über Wunder“ auf der Naturforscher-Versammlung zu Breslau im Jahre 1874 die Zumuthung, die Erscheinungen der Heiligen von Bois-d'Haine als pathologische zu erweisen, einfach abgelehnt hatte, dass er vielmehr die Frage stellte, *Betrug oder Wunder.* Bourneville der bekannte Schüler Charcot's, hat in der vorliegenden Schrift den Versuch gemacht den Nachweis zu führen, dass die bei der Louise Lateau beobachteten Erscheinungen sämmtlich als solche einer schweren Form von Hystro-Epilepsie zu deuten sind und dass so das Wunder seine Aufklärung in der Wissenschaft finde. Die Erscheinungen, welche Louise L. darbot, sind der Hauptsache nach folgende: 1. Haemorrhagien (Stigmatisation), 2. Convulsive Erscheinungen, 3. Extatische Zustände mit Sinnestäuschungen, 4. Schlaflosigkeit, 5. Abstinenz, 6. Fehlen des Stuhl und Urinretention.

Eine ausführliche Besprechung verdienen zunächst die Blutungen. Dass Blutungen aus der Schleimhaut des Magens, der Lungen, des Uterus, seltener aus der Haut, bei Hysterischen vorkommen, hat bereits Parrot in seiner Schrift: „Etude sur la sueur de sang et les hémorrhagies névropathiques. Paris, 1869“ bewiesen. In einem Anhange theilt Bourneville noch drei Fälle von Blutschwitzen mit: 1. Fall von Carrière: ein 25jähriger Mann hat seit dem 15. oder 16. Jahre alle 4 Wochen eine Blutung aus dem rechten kleinen Finger. 2. Fall von Tittel (Arch. d. Heilk. XVII. 1. p. 63. 1876.) bei einem 20jährigen Mann kamen die Blutströpfchen an verschiedenen Theilen des Körpers aus den Oeffnungen der Schweissdrüssen heraus; in einem 3. Fall von Haller in Wien (citirt in Hebra's Hautkrankheiten) hörten das Blutschwitzen und

die Abstinenz bei der bereits als Heilige ausgeschrieenen und verehrten Frau sofort auf, als sie ärztlich und polizeilich bewacht wurde. Beispiele von Blutschwitzen bei Männern sind in der medicinischen Literatur nur noch zwei bekannt, ein Fall von Heyster und ein anderer von Murgrave, während bei Frauen derartige Haemorrhagien, wie gesagt, häufig genug beobachtet sind, unter anderen schon früher von Zacutus, Lusitanus, Mercado und van Swieten. Allein Dr. Lefèvre, der bekannte Defensor miraculi, betont mit Recht, dass die Regel bei Louise L. stets regelmässig geflossen, so dass die Blutungen nicht wie in vielen anderen Fällen als *vicariirende* angesehen werden können. Dem entgegen stellt B. den Fall der Maria K. (Magnus Huss in Stockholm), eines 23jährigen Dienstmädchens, welches an Anfällen einer schweren Form der Hysterie mit Extase litt, ausserdem aber Blutungen aus allen möglichen Körpertheilen zeigte, und zwar alle 8—14 Tage, auch zur Zeit der Regel, welche weder ihrer Menge noch nach ihrer Dauer irgendwie dadurch beeinflusst wurde. Ebenso ist das *periodische Auftreten* des Blutschweisses nach Parrot's Beobachtungen etwas ganz Gewöhnliches und war dieses in dem Falle der Maria K. viel ausgesprochener als bei Louise.

Weiter hat Lefèvre den grössten Werth auf das Auftreten von *Blasen (ampoules)* gelegt. Bekanntlich erfolgten die Blutungen bei Louise meist nicht aus der unverletzten Haut, sondern schon 1—2 Tage vor dem Eintritt der Blutung hob sich die Oberhaut in Gestalt einer $2^1/_2$ Cm. langen und $1^1/_2$ Cm. breiten Blase ab, welche mit heller, zuweilen etwas röthlicher Flüssigkeit gefüllt war. Erst nachdem in der Freitag Nacht oder früher diese Blase mit einem länglichen oder dreieckigen Riss geplatzt war, und ihren wässrigen Inhalt entleert hatte, erfolgte die Blutung aus dem darunterliegenden Corium, ohne dass sich auch mit dem besten Vergrösserungsglas eine Verletzung des letzteren hätte entdecken lassen. Virchow hat (l. c.) diesen mehrere Tage in Anspruch nehmenden Mechanismus als „so ungewöhnlich für die pathologische Bildung bezeichnet, dass wir ihm nichts an die Seite stellen können". Bourneville macht auch hier den Versuch, eine pathologische Analogie beizubringen, sagen wir aber gleich, nur einen schwachen. Nachdem er darauf hingewiesen, dass jene Blasenbildung bei L. keineswegs eine constante gewesen, führte er einen Fall an, der sich bei Boerhave (wo? Ref.) finden soll, wo bei einem jungen Mädchen unter heftigen Schmerzen am rechten Arm „Pusteln" auftraten, aus welchen später Blut herauskam, worauf sie spurlos verschwanden. Diess wiederholte sich mehrmals. Später floss Blut aus den Fingern der rechten Hand, ohne dass vorher Pusteln oder etwas Aehnliches aufgetreten wären und schliesslich traten Blutungen aus allen möglichen Körpertheilen ein. Ref. muss gestehen, dass ihm, und wahrscheinlich ebensowenig den Wundergläubigen, diese Ausführungen Bourneville's nicht besonders beweiskräftig erscheinen. Wohl aber haben wir hier den Beweis dafür, wie verfehlt es ist, sogenannte Thatsachen, die doch keineswegs als Thatsachen erwiesen sind, wissenschaftlich erklären zu wollen. Erst mögen die

Wundergläubigen den Beweis der Wahrheit der von ihnen behaupteten Thatsachen antreten, dann erst ist es Zeit zu untersuchen, ob sich das angeblich Wunderbare wissenschaftlich erklären lässt. Diese Lücke in der Beweisführung B's. tritt noch einmal recht deutlich hervor bei der Frage in Betreff der *andauernden Abstinenz* der Louise. Bereits 1874 hatte Louise angeblich 3½ Jahre lang täglich nichts weiter zu sich genommen als die 0,1 schwere Hostie und wöchentlich einige Löffel Wasser. Virchow (l. c.) sagt mit Recht, dass die Frage ob Betrug oder Wunder, hier ganz unmittelbar in der strengsten Form vorliege. Ehe diese Frage recht endgültig beantwortet ist, kann von einer wissenschaftlichen Erklärung nicht die Rede sein. Statt dessen aber führt B. Beispiele von Hysterischen an, welche anfangs wenig, dann noch weniger und schliesslich so gut wie gar nichts assen. Wer jemals Gelegenheit hatte, sogenannte abstinente Kranke zu beobachten, wird sich überzeugt haben, wie schwer es ist hinter alle Schliche und Kniffe derselben zu kommen. Aus seiner eigenen Erfahrung kann Ref. einen Fall anführen, wo ein 11jähriges hysterisches Mädchen, seit Wochen ausnahmelos zu Bette liegend, jede angebotene Nahrung abwies, während alles Essen und Trinken, was „zufällig" im Zimmer stehen geblieben, sofort verschwunden war. Wenn wir also auch zugeben, dass hysterische Personen lange Zeit sehr wenig zu sich nehmen und dabei leidlich gut aussehen können, so können wir es doch nimmermehr für wahr halten, wenn erzählt wird, dass Louise 3½ Jahre lang gar nichts genossen. Dasselbe gilt von dem 3½ Jahr hindurch gänzlichen Fehlen des Urins und Stuhlexcretion, wie von der jahrlangen Schlaflosigkeit derselben. Ref. findet in keiner der ihm bekannten Abhandlungen über Hysterie besonders hervorgehoben, wie gerade die *Uebertreibung* eine characteristische Eigenschaft hysterischer Individuen ist. Er erinnert sich dabei u. A. an eine hysterischen Dame, welche in seiner Gegenwart binnen 15 Minuten drei verschiedenen Personen, welche ihr nach einander begegneten folgendes sagte: Der ersten: „seit heute Früh ist mir die rechte Hand gelähmt", der zweiten: die rechte Hand und der Vorderarm", der dritten: "der ganze rechte Arm bis zur Schulter". An diese Unwahrheiten haben sich solche Personen nachgerade so gewöhnt, dass sie selbst an alles Unwahre glauben, was sie sagen. Der Zweck dieser Uebertreibung ist natürlich der, sich interessant, oder bei Louise Lateau mehr als das, nämlich sich als ein Wunder, als eine Heilige angestaunt und verehrt zu sehen.

Im vollen Maasse dagegen ist B. der Versuch der pathologischen Analogie gelungen in Bezug auf die convulsiven und extatischen Zustände bis herab auf die Kreuzigung, welche in Charcot's Klinik an derselben Rosalie Levi beobachtet worden ist und bei B. durch Abbildung wiedergegeben, welche sonst an Anfällen mit fratzenhaften Verzerrungen des Gesichts und Verrenkungen (contorsions) der Extremitäten litt.

Seeligmüller (Halle).

---

116) **Bonfigli:** Sulla questione della necessità della alimentazione forzata.

Archiv Italian per le malat. nerv. III. Anno 15. 1878. Sep. Abdr. pag. 22 8⁰).

Bonfigli bekämpft im Beginn seiner Arbeit die Ansicht derer, welche die zwangsweise Ernährung der die Nahrung verweigernden Irren für überflüssig, oder doch wenigstens gefährlich halten, und scheint anzunehmen, dass deren Anzahl immerhin eine nicht ganz kleine Minorität der italienischen und fremden Irrenärzte bildet. Er geht die in der Literatur von Einzelnen vorgebrachten Einwürfe gegen die Sondenernährung einzeln durch, und da eigentlich neue Gesichtspunkte dabei nicht zu Tage treten, so genügt es, das am Ende der Arbeit gegebene Resumé, mit Hinzufügung einiger weniger Bemerkungen, hier wiederzugeben. Bonfigli stellt folgende sechs Sätze auf:

1) Bei der zwangsweisen Ernährung solcher nahrungsverweigernder Geisteskranken mit der Sonde, welche der Operation einen Widerstand entgegensetzen, ist es geboten, die Zwangsjacke anzulegen und die Kranken ins Bett zu fesseln.

2) Die Sondirung des Oesophagus soll im Allgemeinen, und *vorausgesetzt, dass der Kranke keinen erheblichen Widerstand bei Oeffnung der Kiefer leistet*, durch den Mund, *andernfalls* aber durch die Nase erfolgen. Aus der Arbeit geht hervor, dass Verf. bei aller Anerkennung für die Mundfütterung im Princip, doch in praxi meist den andern Weg wählt.

3) Verf. zieht daher ganz weiche Sonden von vulkanisirtem Kautschuk, *nach Art der* Nélaton'schen *Katheter*, ohne Stilett, allen andern vor, da sie keinerlei Verletzungen der Nasenhöhle, des Pharynx und Oesophagus hervor bringen können. (Die Einführung dieser Sonden sei leicht, doch giebt Verf. zu, dass sie auch oft in die Luftwege dringen, oder dass sie sich hinter den Choanen umbiegen und so in die Mundhöhle von hinten her gelangen. Um dies zu vermeiden, lässt er, bevor er in den Oesophags eingeht, den Kranken eine Schluckbewegung machen, wodurch die Spitze der Sonde gleichsam von selbst verschluckt werde; wo dies nicht angeht, giesst er eine geringe Menge Branntwein in die Sonde, wodurch meist der Zweck erreicht werde.)

4) Um sich zu überzeugen, ob die Sonde etwa nicht in die Trachea gedrungen sei, ist das beste Mittel, den Kranken vor beginnender Injection einige Worte sprechen zu lassen, und in zweifelhaften Fällen mit langsamer Eingiessung von etwas reinem Wasser zu beginnen.

5) Wenn die zwangsweise Ernährung durch längere Zeit fortgesetzt werden muss, soll man so viel als möglich mit den Nahrungsstoffen *variiren*, ebenso wie die Quantität stets dem Zustande des Kranken, seiem Stoffwechsel etc., angemessen

sein muss. — (Hier ist wohl der schwächste Punkt der sonst dem Praktiker guten Rath ertheilenden Arbeit, indem Verf. nur einfach die von ihm gewöhnlich benutzten Nahrungsmittel anführt, ohne Rücksicht darauf, ob, — wie dies z. B. Erlenmeyer mit Recht bei Gelegenheit der Besprechung der Boettcher'schen Arbeit verlangt (S. Centr. Bl. Nro. 5. p. 128) — dieselben nach Qualität und durch Dosirung in genauen Proportionen zu einer wirklichen Nahrung im Sinne Voigts werden. Besonders scheint mir das nöthige Quantum Zucker in den gewählten Lebensmitteln zu fehlen, auch über Zubereitung des mitangeführten Fleisches ist nichts gesagt. Nicht unbemerkt lassen will ich jedoch, dass Verf. bei seiner Methode in einigen Fällen sehr langer Fütterung gute Resultate gehabt, und das Körpergewicht des Kranken zunehmen gesehen hat.)

6) Die zwangsweise Ernährung der betreffenden Geisteskranken ist nicht nur gerathen, sondern sie ist Pflicht des Arztes, da die Kranken sich selbst überlassen an Inanition zu Grunde gehen. — (Diesen Satz hält Verf. mit Recht denjenigen gegenüber aufrecht, welche meinen, dass die Geisteskranken nach einigen Tagen aus freien Stücken wieder Nahrung zu sich nehmen, und belegt denselben durch einige überzeugende Krankengeschichten, bei welcher Gelegenheit er betont, dass die Kranken nur in den ersten zwei bis drei Tagen unter dem Hungergefühl leiden, welches in der Folge gänzlich schwindet. Ein später genesener Geisteskranker hat dem Verf. sogar wiederholt versichert, dass der Hungertod nach seiner Erfahrung (er hatte denselben gesucht), ein „sehr süsser" sein müsse.)

G. Salomon (Hamburg).

---

117) **Kornfeld** (Wohlau): Delirium tremens, zur Behandlung derselben und zur Prophylaxis der Trunksucht.

(Friedreich's Blätter für gerichtl. Medicin 29. 3. p. 200.)

In einer kurzen Mittheilung referirt Verf. über seine Beobachtungen, die er in den Jahren 1867/71 an der Irrenstation des Allerheiligen Hospitals zu Breslau gemacht.

Von den versuchten Medicamenten (Coffein, Nitro-Benzin, Brechweinstein, Liq. am. carb. pyrool., Kornschnaps, Wein und Chloralhydrat) lässt er höchstens das letztere gelten, hat aber noch bessere Resultate erhalten bei einer einfachen, exspectativen Methode (Aufenthalt in einem gut erwärmten Zimmer, reichliche Zufuhr von frischem Getränk und kalte Umschläge auf den Kopf).

Verf. hält das Del. trem. nicht für eine Exacerbation eines chron. Alcoholismus, sondern für einen acuten Anfall, der sich bei Säufern auf geringfügige körperl. oder geistige Schädlichkeiten einstellt — ein wohl characterisirtes Krankheitsbild — das sich mehrmals wiederholen kann; ob aber mehr als 5 Mal sei fraglich. (? Ref.)

Ueber Prophylaxe der Trunksucht macht Verf. trotz der Ueberschrift des Aufsatzes nur wenige aphoristische Mittheilungen, die zu dem nichts Neues enthalten.

S u r y - B i e n z (Basel).

---

118) **Lennox Browne:** Othaemtoma or The Insane Ear.
(The West Riding Lunatic Asylum Med. Reports 1875.)

**Bouteille,** (Armentières): Tumeurs sanquines du pavillon de l'oreille chez les aliénés.
(Bulletin de la Société de Médicine mentale de Belgique Nr. 10. 1877.)

**H. Mabille** (Maréville) De l'hématome de l'oreille.
Nancy 1878 62 p. 4o.

Eigentlich Neues bringen die Arbeiten nicht. Die erste ziemlich flüchtige Arbeit bekundet einen wirklichen Rückschritt, indem Verf. versucht, das Othämatom als eine spezifische Erkrankung Geistesgestörter darzustellen, und das Vorkommen bei Geistesgesunden in Zweifel zu ziehen, die Entstehnng durch Trauma negirt, dagegen besondere Dyskrasien dafür verantwortlich macht und noch dazu die grössere Häufigkeit des Othämatom auf dem linken Ohre mit der geringeren Entfernung der linken Carotis vom Herzen in Verbindung bringt. B o u t e i l l e behandelt hauptsächlich die Frage nach der Ursache des Othämatom, bringt eine lückenhafte Uebersicht der Literatur und spricht sich mit Anführung auch eigener Erfahrung entschieden für die traumatische Entstehungsweise aus.

(Bei Zusammenstellung der Literatur sind G u d d e n , G e h e w e , d e W e r n e c k (!) als 3 Autoren aufgeführt.)

Die Dritte, ausführlichste, Bearbeitung M a b i l l e's gründet sich auf eigene Beobachtungen in Maréville (Juni 1876 bis Januar 1878 15 Othaematome) und Beobachtungen Dr. C h r i s t i a n's, bringt aber auch keine neue Bereicherung für die Kenntniss der betr. Krankheit. Bezüglich der Entstehung ist Verf. der Ansicht, dass grosse Anstrengungen, andauernder Druck, atheromatöse Entartung der Gefässe die prädisponirenden sowohl, als die Gelegenheitsursachen seien. Im Uebrigen befindet Verf. sich im Ganzen in Uebereinstimmung mit den neueren Forschern. Eigenthümlich muthen den Leser Aeusserungen an wie z. B.: „Die Kranken, welche Hämatom bekommen, befinden sich sehr häufig in ihr Bett befestigt und machen übermenschliche Anstrengungen um sich aus ihren Banden zu befreien. In Folge dieser wiederholten Anstrengungen kann es leicht zur Ruptur atheromatöser Gefässe in der Ohrenmuschel kommen" oder „während der Nacht ist man genöthigt die Kranken, welche sonst immer in Unruhe waren, im Bette zu befestigen, um einen Unfall zu vermeiden."

Die Bearbeitung der pathologischen Anatomie steht hinter jener von Fürstner beträchtlich zurück, überhaupt scheint keiner der drei Autoren von dieser die Frage wohl erschöpfenden Arbeit Kenntniss zu haben.

Karrer (Erlangen).

---

119) **Arndt**: Kleptomanie oder nicht? Gerichtsärztliches Gutachten. (Eulenberg's Vierteljahrschr. f. ger. Med. und öffentl. Sanitätsw. 1878, I Heft.)

Der Stud. jur. N. aus einer durchaus anständigen, den höheren Gesellschaftskreisen angehörigen Familie stammend war angeklagt eine Reihe von Diebstählen zumeist an baarem Gelde begangen zu haben. Während seiner Untersuchungshaft drängten sich aber Verdachtsmomente auf, dass er nicht ganz gesunden Geistes sei und möglicher Weise an einer Art Stehlsucht, Kleptomanie leiden könne, und wurde desshalb Verf. mit Untersuchung und Begutachtung seines Geisteszustandes beauftragt.

N. stammt aus einer durchaus kranken Familie: seine an Schwindsucht verstorbene Mutter war eine nervöse in hohen Grade reizbare Frau; seine Grossmutter war die letzten 10 Jahre geisteskrank. Ein Bruder der Mutter starb wahnsinnig in der Irrenanstalt; eine Schwester derselben wird von ihrem Bruder, bei dem sie lebt, nur seine verrückte Schwester oder närrisches Frauenzimmer genannt. Der Vater des N. ist eine nervöse Persönlichkeit, zu asthmatischen, Schwindel- oder Ohnmachtsanfällen geneigt, so dass er nicht allein zu reisen im Stande ist. Von den beiden rechten Geschwistern des N. ist der jetzt 30 Jahre alte Bruder seit seiner ersten Lebenszeit halbseitig gelähmt (vermuthlich sogen. essentielle Lähmung), die Schwester dagegen, nervös, an der Schwindsucht gestorben. Aus der Kindheit des N. ist zu registriren, dass er eine Amme, welche später in den ersten Lebensjahren auch seine Pflegerin war, von ungemein naschhaftem und diebischem Wesen hatte, dass er einmal als Kind durch einen schweren Fall sich eine Gehirnerschütterung zuzog, in Folge deren er ein langes Krankenlager durchmachte und eine Charakterveränderung erfahren haben soll, die sich u. A. auch in einer auffallenden Kühnheit, re vera aber wohl in einer aus Gedankenlosigkeit entsprungenen Unüberlegtheit gezeigt haben soll. Ferner hatte N. als Kind die Masern in schwerer Form durchzumachen gehabt. Dann hat er in den Jünglingsjahren noch an Ohnmachten, an asthmatischen Anfällen und Krämpfen zu leiden, welche auch jetzt noch vorhanden sind. Er klagt dabei über Beschwerden am Herzen, greift nach ihm, holt ängstlich und wie behindert Athem. Dann wird er blass, das Bewusstsein schwindet. Er sinkt ohnmächtig in sich zusammen, wirft sich dann wieder heftig hin und her bis zur völligen Erschlaffung, in der er bewusstlos, mit kaltem Schweiss bedeckt, daliegt. Nach solchen Zufällen bleibt durch kürzere oder längere Zeit eine auffällige Abspannung und Schwäche zurück. Die Ohnmachten und Krämpfe tragen somit den Character epileptischer Anfälle an sich und sprechen für eine schwere Neuropathie, unter deren Belastung N. steht. Eine Reihe von anderen abnormen Lebenserscheinungen steht dem noch beweisend zur Seite. N. ist Bettpisser. Bis zu seinem 14. oder

15. Jahre ist er es anhaltend gewesen; seither hat es sich etwas gebessert. Sein Schlaf ist ein sehr unregelmässiger, bald ganz mangelhaft, einer Schlaflosigkeit vergleichbar, bald ist er tief, nachhaltig, kaum zu unterbrechen. Einen ähnlichen Wechsel zeigt auch sein Appetit, bald grösste Gefrässigkeit, bald absoluter Appetitmangel. Dasselbe wechselnde, ungleiche Verhalten war auch in seinen Arbeiten, Stimmungen und Strebungen zu erkennen: bald von der ausgelassensten Fröhlichkeit erfüllt, bald betrübt bis zum Tode; bald wollte er Philologe werden, bald Jurist, bald Ulanenofficier. Von Gemüth ist er weich und zur Milde geneigt, gibt sehr gerne, nimmt aber gern, was bei ihm seit seiner Kindheit sich zu einer gewissen Sucht herausgebildet hat. So musste er mit neun Jahren vom Gymnasium wieder fortgenommen werden, weil er sich so viele Vergehen gegen das Eigenthum seiner Mitschüler hatte zu Schulden kommen lassen, dass er auf demselben nicht mehr bleiben konnte. Er wurde in ein Froebel'sches Erziehungs-Institut gebracht. Aber auch hier beging er sehr bald wieder allerhand Diebereien, zumal an Früchten, Eiern und baarem Gelde, und erst die sehr harte Züchtigung, die ihm dafür zu Theil wurde, scheint ihn von weiterem abgehalten zu haben, bis er mit 20 Jahren zur Universität gekommen und dann als Corpsstudent viel Geld verbraucht hatte. Er nahm einem Commilitonen Photographien weg, von z. Th. ihm ganz unbekannten Menschen, trank heimlich in naschhafter Weise einem Conditor Malaga aus, entwandte ferner demselben Cigarren und einem Commilitonen den Ueberzieher, den er versetzte. 1875 nach Greifswald übergesiedelt begann er auch dort wieder allerhand Diebereien, bei einem Commilitonen in Geld, wobei er immer die Katerzustände desselben benutzt haben soll, und als er dann auch einmal einem Reisenden 60 Mark stahl, kam es zu seiner Verhaftung. In geistiger Hinsicht zeigt sich N. nur mässig begabt, wohl scheint ihm eine gewisse und nicht unbedeutende Schlauheit eigen zu sein. In seinem Benehmen trägt er ein stutzerhaftes Wesen zur Schau und ist Rennomist. Seine Haltung, sein Gang sind stramm und elastisch, seine Bewegungen leicht und gewandt. Sonst von regelmässiger Kopfbildung ist die etwas vortretende Stirn schmal (Stenokrotaphie); die Kiefer sind ein wenig vorgeschoben (Prognathismus). In seiner Sprache ist er fliessend, die Darstellung lebhaft. Der Gesammteindruck den er macht ist ein günstiger. Da er besonders sich hervorthun will, kleidet er sich auffallend, hält sich einen grossen Hund, macht kostbare Geschenke, besonders an junge Damen, kurz der Herr Studiosus brachte viel Geld durch.

Auf Grund dieser Krankengeschichte und seiner eigenen Beobachtung des N. gibt nun der Verf. sein Gutachten ab.

Er führt aus, dass der N. hereditär belastet ist, dass seine Disposition geisteskrank zu werden grösser ist als bei vielen Anderen seines Gleichen, dass diese Disposition im Laufe seines Lebens noch verstärkt worden sei einmal durch eine erlittene Gehirnerschütterung, dann durch eine mit hohem Fieber verlaufene infectiöse Krankheit: die Masern, wodurch ja so leicht ein nachtheiliger Einfluss dauernd auf das Seelenleben ausgeübt werden könne, besonders da wo besondere Neigungen zu psychischen Störungen wie bei N. beständen. Zu alledem komme seine Epilepsie, die in den Jünglingsjahren eingetreten sei und sei es eine Thatsache, dass solche neuropathisch behaftete Individuen, zumal wenn sie Epileptiker seien, in hohem Grade zu psychischen Perversitäten disponirten. Bei der grossen

Mehrzahl der Epileptiker zeige sich die Anlage dazu in um so höherem Grade, je stärker von vorneherein die psychische Seite bei ihnen afficirt sei, bei solchen Individuen entwickle sich gar leicht Verrücktheit oder Blödsinn, oft genug komme es auch vor der vollständigen Ausbildung solcher Geistesstörung zu verkehrten Handlungen auf moralischem Gebiete, die dann durch menschliche Schwäche und Erbärmlichkeit zu entschuldigen gesucht, oder auch gar nicht in ihrer Bedeutung anerkannt und eingeräumt würden. (Moral insanity) Verf. führt dann weiter aus, dass wohl kein Epileptiker sich eines gesunden Empfindens und Fühlens erfreue, dass es keine Gemeinheit, kein Laster gäbe, dessen man sich nicht bei einem Epileptiker versehen dürfte. So sei denn N. auch noch bei dem Mangel einer guten Erziehung gewissermassen prädestinirt gewesen unterzugehen.

Verf. frägt sich nun, wie es denn gekommen sei, dass der N. sich an's Stehlen gegeben, der doch stets in guten, mehr als auskömmlichen Verhältnissen sich befunden. Wenn derselbe bei seiner moral insanity sich zu leichtsinnigem Schuldenmachen hätte hinreissen lassen, wenn er sich dem Spiele ergeben und dabei betrogen, so würde das begreiflich gewesen sein. Aber Stehlen sei doch ein Etwas, das den Gesellschaftskreisen, welchen N. angehöre, so fern liege, dass, kommt es in ihnen vor, als räthselhaft und unerklärlich angesehen und sofort mit Krankheit und Unzurechnungsfähigkeit in Zusammenhang gebracht werde. Dass N. dazu gekommen sei glaubt der Verf. mit seiner diebischen Amme zunächst in Verbindung bringen zu müssen, von der das Kind die Eigenschaft zu stehlen angenommen habe, wie Kinder überhaupt von ihrer Umgebung, ihren Eltern, das was sie oft sehen, annehmen. Es habe daher für den Verf. nichts Wunderbares, dass der N. von frühauf eine Neigung hatte fortzunehmen, was ihm gefiel, welche unter begünstigenden Umständen zu einem unwiderstehlichen Hang, einer Art Sucht sich ausgebildet habe. Die corrigirende Erziehung habe gefehlt und so habe N. ein Gewohnheitsdieb werden müssen. Zum Schlusse führt Verf. dann aus, dass aus dem Gesammtverhalten, dem Thun und Treiben des N. geschlossen werden müsse, dass er an einer originären Verrücktheit leide, dass der originär Verrückte ein Geisteskranker sei, der immer noch einer gewissen Selbstbeherrschung fähig sei und dieselbe nur in den allerseltensten Fällen einmal vollständig verliere.

Die Staatsanwaltschaft fand in dem zuletzt verübten Diebstahle des N. die Kriterien des schweren Diebstahls. In Anbetracht dessen aber, dass der Angeklagte eine kranke Persönlichkeit sei, deren Krankheit zwar nicht den Ausschluss der freien Willensbestimmung bedinge und desshalb Unzurechnungsfähigkeit und Straflosigkeit zu Folge habe, die dennoch auf ihre Entschliessungen und die davon abhängigen Handlungen stark influire, beantrage sie nur ein Jahr Gefängniss. Der Gerichtshof verurtheilte den Angeklagten zu acht Monat Gefängniss. (Es konnten in diesem Falle den Richtern wohl schwer sein zu bestimmen, wo die physiologische Breite erworbener und noch zu beherrschender Charakterfehler überschritten

ist. Unter ihren Erwägungen mochte auch vielleicht die sein, dass der Trieb zu stehlen ohne Nothwendigkeit, ohne dazu durch das dringende Bedürfniss des Elends veranlasst zu sein bei vielen sehr gesunden Menschen vorkommt, und dass die gesellschaftliche Lage des Angeschuldigten und der Werth der gestohlenen Gegenstände im Vergleich zu seinem Vermögen gleichgültig sei. Casper z. B. weiss quoad Kleptomanie mehr als eine hochgestellte Dame, die Seidenzeuge u. dgl. in den Verkaufslocalen stahlen, nicht aus misère, sondern aus Putzsucht, die mit den rechtlichen Mitteln nicht zu befriedigen war, und citirt u. A. auch eine in guten Verhältnissen lebende „Rentière“, die bis zur Ertappung wiederholt Braten aus dem Schlächterladen bei Gelegenheit ihrer Einkäufe stahl, auch nicht aus misère, sondern weil die Renten zu so viel Braten doch nicht ausreichten, als man zu verzehren wünschte, und wurde dieselbe, wie auch die andern eben erwähnten, als gemeine Diebin bestraft. Ref.)

Kohlmann (Remagen).

---

# Kleinere Mittheilungen.

20. **Adamük.** Fall motorischer Innervations-Abwesenheit der Augen (Centralblatt für Augenh. v. Hirschberg April 1878, S. 73). Verfasser nimmt nach exper. Versuchen ein Centrum der *motorischen binoculären* Innervation der Augen in der Region der *vorderen* Hügel der corp. quadrigem. gelegen an, und theilt einen dementsprechenden patholog. Fall mit, wo bei einem 40jährigen Patienten Klagen über schlechtes Sehen geführt wurden, welches nach einer heftigen Commotio cerebri vor einigen Jahren entstanden und lange Zeit hindurch von Kopfschmerzen begleitet war. Als Grund dieser Sehstörung ergab sich eine *totale Akinese* beider Augen, so dass weder das eine, noch das andere Auge nach irgend einer Richtung hin die geringste Bewegung auszuführen im Stande war. Die Augen standen in einer primären Stellung mit geringer Divergenz. Bei Drehung des Kopfes blieben dieselben eine kurze Zeit in ihrer früheren Stellung, um dann gleich mit leichten Zuckungen in ihre gewöhnlich primäre Stellung zurückzukehren, so dass also die Augen durch die verschiedenen Drehungen des Schädels in jede Stellung gebracht werden konnten, sie konnten aber nicht die Stellung freiwillig einnehmen, noch auch länger als einige Secunden in dieser Lage verweilen.

21. **Schwabach.** (Deutsche Zeitschrift für pract. Medicin 1878, Nro. I.) berichtet, dass er bei einem Manne, 41 Jahre alt, der seit früher Jugend an *linksseitiger* Otorrhoe gelitten und augenblicklich von einer neuen Attaque befallen war, bei Druck auf den proc. mastoideus sin. Schwindelzustände und nystagmusartige Bewegungen der Augen um ihre

Horizontalaxe beobachtet habe. Dieser Schwindel und die oscillatorischen Erscheinungen, mit Drehung der Augen nach *links* schwanden beim Aufhören des Druckes, um bei Wiederaufnahme des Experimentes von neuem zu erscheinen. Mit der Heilung der Otorrhoe hörte auch der erwähnte Symptomencomplex auf und ist diese Erscheinung mit den Beobachtungen bei den Cyon'schen Experimenten der Reizung der halbzirkelförmigen Canäle in Beziehung zu bringen.

22. Schön. Zur Lehre vom binoculären Sehen (Gräfe's Archiv f. Ophth. XXIV I. 27.) Bei Läsion der Gehirnhemisphären glaubt Verfasser die Erscheinung, dass bei identischen Defecten, der Defect der äussern Hälfte des Gesichtsfeldes also der innern Netzhautparthien, am stärksten zur Beobachtung kommt, daraus erklären zu können, dass die Eindrücke der innern Netzhauthälften immer die intensivern sind. Die Hemiopie weist stets den Sitz der Läsion auf die gegenüberliegende Hemisphäre hin und besteht in einer Partialatrophie derjenigen Fasern, die die betreffende Netzhauthälfte versorgen. Sie kommt zu Stande durch Verletzung des Centrums, in dem die Zusammenstellung der von identischen Netzhauthälften ausgehenden Eindrücke stattfindet oder durch Verletzung der Leitungsfasern in der Hemisphäre selbst.

Ob dabei noch eine Kreuzung der Nerven im Chiasma statthaft oder nicht, ob Semi- oder Totaldecussation vorhanden, ist nach Verfassers Auffassung gleichgültig. Der Bau des Chiasma erklärt nicht das Geheimniss der identischen Defecte, vielmehr müssen die identischen Stellen der Netzhäute die Endpuncte zweier correspondirenden Nervenfasern sein, die in einem Puncte des Sensoriums, etwa in der Grosshirnrinde zusammentreffen, Verf. nimmt den Sitz desselben im Gyrus postcentralis an. Das Chiasma ist als eine Comissur anzusehen, wie die Kreuzung der Pyramiden etwa. Nicht das Fehlen *ganzer* Hälften des Gesichtsfeldes bei der Hemiopie ist das characteristische, sondern das Fehlen *identischer* Hälften.

23. Rauchfuss (Petersburger med. Wochenschrift 1878. 7.) berichtet über einen Fall bei einem 12jährigen Knaben, der an Herzaffection leidend plötzlich von einer *Lähmung* des linken *Oculomotorius* befallen wird, der sich *Paralyse des Facialis* anschliesst und die unter den Erscheinungen einer embolischen Pneumonie zu Tode führt. Die Section bestätigte diese Diagnose, es fanden sich Embolien in andern Organen, Nieren und Milz; speciell als Ursache der zuerst aufgetretenen Oculomotor. Paralyse findet sich an der Basis cranii nahe der Arter. basilaris eine aneurysmatische Ausdehnung der *linken* Arter. centr. postica, von circa Erbsen-Grösse, fest, entschieden durch Embolie entstanden, unter und durch welche der N. oculomotorius heraustritt und Compression erleidet. Ebenso ist *rechts* ein embolischer Infarct in der arter. cereb. postica enthalten, in dessen Umgebung die Hirnsubstanz in Erweichung übergegangen ist.

24. Delahousse, Ueber Gehirngeschwülste und ihre Lokalisation. Archiv gen. 1878 p. 55 (nach Hirschberg Centralblatt für Augenheilkunde, Mai c.) erwähnt eine Beobachtung, wo unter allen Erscheinungen einer Cerebralaffection, heftigem Kopfschmerz und Stauungspapille rasch fortschreitende Amaurose auftrat, die bald unter allgemeinen Lähmungserscheinungen den Tod im Gefolge hatte. Die Section constatirte einen fibrosarcomatösen Tumor an der Basis cranii von der dura ausgehend, welcher beide Seh-

nerven, das Chiasma, die Nervi olfactorii und die beiden ersten Windungen des Stirnlappens zerstört hatte.

20—24 Nieden (Bochum).

25. Dickinson Mydriasis. (St. Louis Med. and. Surg Journal Juni 1878).

Die Arbeit selbst bietet nichts Bemerkenswerthes, doch entnehme ich ihr folgende interessante Krankheitsgeschichten:

1. Ein Knabe von 8 Jahren versucht mit andern Knaben, wer am längsten in die Sonne sehen könne. Er konnte sofort nach einigen Minuten nichts mehr sehen, klagte über heftigen Stirnkopfschmerz. Nach 4 Tagen war er total blind, zeigte Gang und Haltung einer amaurotischen Person, die Pupillen waren ad maximum dilatirt, und stierten in's Leere. Ophthalmoskopisch fand sich Neuritis optica. Unter stark ableitenden Verfahren (locale Blutentziehung, Drastica) stellte sich allmälig die Sehfähigkeit wieder her. Nach fünf Jahren hatte sich Myopie, staphyloma posticum und extensive Pigmentablagerung um die Papille ausgebildet. —

2. u. 3. Betrifft eine Dame von 19 und eine von 30 Jahren, die beide während der Menses Mydriasis bekamen.

4. Bei einem Jungen von 10 Jahren stellte sich durch Chiningebrauch (wegen Intermittens) Mydriasis beider Augen mit vollständigem Verlust der Lichtempfindung ein. Wiederherstellung nach einigen Wochen durch Cathartica.

Erlenmeyer.

26. Stilling (Cassel). Ueber eine neue Ursprungsstelle des Sehnerven (Centralbl. f. d. med. W. 1878, 22).

Verf. giebt folgende *vorläufige Mittheilung*: „Man glaubte bisher, dass die Fasern des Tractus opticus gar nicht mit den Elementen des Crus cerebri in irgend welcher Verbindung ständen; dies ist indessen unrichtig. Vielmehr entspringt ein ziemlich beträchtlicher Theil der Opticusfasern aus einem grossen, im Fuss des Hirnschenkels gelegenen Kern, auf welchen man bei der Zerlegung erst dann trifft, wenn von der Substantia nigra nichts mehr zu sehen ist. Der Kern zeigt auf Horizontal- wie Verticalschnitten eine mandelförmige Gestalt, und es wäre daher nicht unpassend, denselben als Nucleus amygdaliformis zu bezeichnen. Die in ihn eintretenden Faserzüge des Tractus opticus müssen, um zu ihm zu langen, mit ihrer ursprünglichen Richtung einen Bogen bilden. Die ganze Lage des Kerns, seine Grösse etc. spricht dafür, dass man in ihm ein reflectorische Erregungen vermittelndes Ganglion zu suchen hat."

27. H. Mourrut: Note sur la Cigue et son alcaloide comparés au Bromhydrate de Conine, action de ces substances sur l'homme. (Communiqué à la société Biologie par Rochefontaine.)

Da das angeführte Arzneimittel vielleicht in palliativer Hinsicht zur Verwendung sich eignen könnte, mag ein kurzes Referat begründet erscheinen. An Stelle des in seinen Wirkungen als sehr unsicher erprobten Coniins gelang es dem Verf. durch Behandlung mit Bromwasserstoff ein constantes Bromhydratsalz des Coniin zu gewinnen, das auch in seinen Wirkungen sich immer gleich blieb. Dieselben wurden im Hôtel Dieu durch Dr. Audhouy geprüft. Die nach dem Einnehmen von 0,14—0,25 gr. genannten Mittels auftretenden Erscheinungen sind die des Coniins: Ungemeines Mattigkeitsgefühl, Trunkenheitsähnlicher Zustand ohne

Schwindel, Betäubung bis zum Schlaf, Gesichts- und Gehörsstörungen, Verdunkelung des Gesichtsfeldes; dumpfes Rollen, leises Zischen; nach dem Erwachen aus dem Schlafe noch eine Zeit lang Mattigkeitsgefühl, das allmählig schwindet. Dabei aber keinerlei üble Nebenwirkungen weder von Seite der Verdauung, noch der Circulation; die allgemeine Sensibilität bleibt völlig ungestört. Die Wirkung tritt 1/2 – 1 Stunde nach dem Einnehmen auf und erreicht dann in ca. 1 Stunde ihre Höhe, hält 8 – 10 Stunden an.

Der Organismus gewöhnt sich übrigens sehr rasch an das Gift, man muss bald von 0,1 — 0,14, was für einen Erwachsenen die geringste wirksame Dosis ist, ansteigen bis zu 0,25. Eine Accumulation findet nicht statt.

Karrer (Erlangen).

Coniinum hydrobromatum stellt Herr Chemiker Held in Grenzhausen bei Bendorf schon seit Jahren in prachtvollen Crystallen her.

Die Red.

---

## Bitte.

Herr Dr. Smoler in Prag richtet in seiner Arbeit *„Brände in Irren-Anstalten“* (Prager Med. Wochenschrift 1878) an die Collegen, namentlich die Irrenärzte die Bitte, ihm detaillirte Mittheilungen über ältere und neuere Feuersbrünste in Anstalten für eine event. möglichst vollständige Wiederbearbeitung dieses Gegenstandes zukommen zu lassen. Er versichert alle Collegen, die seine Bitte erfüllen, sowie alle Redactionen, welche diese Bitte in ihren Blättern reproduciren, im Voraus seines besten Dankes.

---

## Briefkasten.

Die eingesandte Arbeit „Zur Diagnose gewisser Formen von Hirnreizung“ können wir nicht zum Abdruck bringen, und bitten desshalb den Verf. über dieselbe anderweitig zu verfügen. — Die zum Referat an die Herren Mitarbeiter übersandten Brochüren, Journale etc. bitten wir als *unser Eigenthum* ergebenst zurück.

Die Red.

Der Aufforderung einiger Abonnenten in der Schweiz, den Abonnementsbetrag per Postnachnahme zu erheben, sind wir bis jetzt nicht nachgekommen, um ihnen die durch dies Verfahren entstehenden hohen Portokosten zu ersparen. Wir weisen zum wiederholten Male auf die zwischen Deutschland und der Schweiz bestehende, höchst bequeme und billige Einrichtung der *Postanweisung* hin, uud bitten die schweizerischen — und östereichischen — Abonnenten auf diesem Wege die Beträge einzusenden. — Dr. Putnam, Boston, am 24. Juni erhalten.

Die Exped.

---

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT
für
## Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt
von
**Dr. med. A. ERLENMEYER,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — 1½ Bogen stark.**
Preis Halbjährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an. — Insertion auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Nro. 8. 1. Jahrgang. 1878.

### Notiz über einen pathologisch-anatomischen Befund bei Tetanie.

Von Dr. FRIEDRICH SCHULTZE in Heidelberg.

Ueber die pathologisch-anatomische Basis der Tetanie weiss man bekanntlich sehr wenig. Der Umstand, dass dieselben Nerven, welche Sitz der erhöhten Erregbarkeit waren und innerhalb welcher der Krampf auftrat, nach einem Anfalle von Tetanie wieder normal fungiren, weist darauf hin, dass gröbere Destructionen dieser Bahnen und ihrer centralen Erregungsapparate nicht wohl verhanden sein können. Man wird also auf feinere sogenannte molekulare Veränderungen der betreffenden Nervenapparate hingewiesen.

Immerhin wäre es aber denkbar, dass durch gröbere, mikroskopisch oder gar makroskopisch nachweisbare Veränderungen *in der Nähe* der betroffenen Bahnen an irgend einer Stelle, deren Affection an und für sich keine nachweisbare Functionsstörung hervorruft, die unbekannten Veränderungen, welche zur Tetanie führen, hervorgerufen würden.

Langhans (Virch. Archiv 64 S. 169) fand in einem Falle von Tetanie *Peciarteriitis* und *Periphlebitis* der weissen Commissur und der Vorderhörner im Halstheile des Rückenmarkes einer 48jährigen Frau. Er vermuthet, dass dieser Befund, mit der Tetanie in einem engen Causalzusammenhange stehen dürfte, was allerdings erst durch wiederholte Untersuchung ähnlicher Fälle festgestellt werden könnte; er nimmt an, dass der bei der Tetanie vorliegende krankhafte Process an die Gefässe und an deren wechselnde Füllungszustände gebunden sei.

Wenn man indessen bedenkt, dass Verdickungen der Gefässwände im Rückenmarke älterer atheromatöser Individuen nicht allzuselten vorhanden sind, ohne eine Spur von Tetanie, so muss schon dieser Umstand für die Beurtheilung der Tetanie als eines etwaigen Folgezustandes von Gefässdegeneration zur grössten Vorsicht auffordern.

In einem Falle von *Tetanie* bei einem Kinde, welches Herr Prof. v. Dusch in der hiesigen Louisenanstalt behandelte und dessen Krankengeschichte er mir zur Publikation gütigst überliess, hatte ich die seltene Gelegenheit, die Autopsie des Centralnervensystems vorzunehmen.

Das bei seiner Aufnahme in die Anstalt 11-monatliche Kind war rhachitisch und hatte während der ersten Zeit seines Aufenthaltes im Krankenhause von 19. III. bis 30. III. 77 häufig Anfälle von Laryngospasmus, mit welchen sich Zuckungen im Facialisgebiet, besonders in den orbiculares palpebr. combinirten. Diese Anfälle wurden sehr oft durch Berührung des Kindes, bei Inspection der Mundhöhle und dergl. ausgelöst; sie schwanden übrigens bald und blieben im ganzen Sommer und Herbst 1877 völlig weg.

Auffallend war eine eigenthümliche Erscheinung im Gebiete der N. facialis beiderseits: bei Streichen der Gesichtshaut zuckte das gesammte Facialisgebiet der betreffenden Seite. Diese hochgradige Erregbarkeit offenbar reflectorischer Art blieb bis zum Tode des Kindes bestehen. Spontane Krämpfe fehlten. — Im Juli 1877 vorübergehender Intestinalcatarrh. — Vom Juli 1877 bis Januar 1878 allmählige Besserung der Rhachitis, Zunahme des Körpergewichtes keine Krampferscheinungen. Am 10. Januar 1878 *Fieber*, beginnende *catarrhal. Pneumonie.*

Zugleich *Anfälle von Tetanie* in den Ober- und Unterextremitäten und ausserdem *Glottiskrämpfe.* Beide Erscheinungen bestanden bis zum Todestage, am 16. I. fort. Auch Herr Prof. Erb konstatirte die Natur der Krampferscheinungen als *Tetanie.*

Die *Autopsie* ergab eine lobuläre Pneumonie der rechten Lunge und Lungenödem. In Bezug auf das centrale Nervensystem zeigte sich bis auf eine grössere Derbheit des Gehirns und Rückenmarkes nichts besonderes. Auch die Meningen waren frei.

Bei der mikroskopischen Untersuchung, welche sich auf die Medulla oblongata und spinalis erstreckte, vermochte ich in der ersteren nichts abnormes zu finden. Besonders der Facialiskern und Facialiswurzeln erschienen frei. Dagegen zeigte sich im obersten Theile des Halsmarkes, im Uebergangstheile desselben zur Medulla oblong., schon makroskopisch sichtbar, im *linken Seitenstrange* in der Höhe von 1—1½ Ctm. ein *sclerotischer Heerd,* welcher in einer gewissen Höhenausdehnung der grauen Substanz der Hinterhörner in ihrem mittleren Abschnitte dicht anlag, in einer anderen Höhe dagegen von der grauen Substanz durch einen Streifen normaler Substanz getrennt blieb. Der Heerd mochte im Querschnitt etwa den 5. Theil des Seitenquerschnittes umfassen, er besteht aus Fibrillen mit sehr wenig restirenden Nervenfasern; seine Gefässe zum Theil stark verdickt; an einzelnen Parthien gelblich-rothe Pigmentpartikel,

wie sie umgewandeltem Blutfarbstoff zu entstammen pflegen. — Die Substanz beider Seitenstränge im ganzen Rückenmarke durch ziemlich dicke Bindegewebssepta durchsetzt (daher wohl die stärkere Derbheit des Rückenmarkes); die Region der Kleinhirnseitenstrangbahnen durch ihre ausgebildeten dicken Markscheiden sehr deutlich gegen die restirenden Parthien der Seitenstränge abgesetzt. Von Erscheinungen acuter Myelitis nirgends eine Spur; ausser dem beschriebenen sclerotischen Heerd nirgends ein zweiter zu finden. — Soweit der pathologisch-anatomische Befund.

Ich bin weit davon entfernt, den gefundenen kleinen sclerotischen Heerd direct mit der Tetanie in causalen Zusammenhang zu bringen; er bestand sicherlich schon lange *vor* dem Eintritte der Tetanie und war ja zu dem nur einseitig vorhanden. Der Fall zeigt nur, dass bei einem Individuum mit Tetanie ausser der unbekannten Ursache dieses Krankheitsprocesses eine palpable Abnormität des Nervensystems sich vorfand, deren etwaige Beziehung zu der Tetanie sich zur Zeit nicht feststellen lässt. Bemerkenswerth ist ferner, dass ein derartiger circumscripter Heerd sich in so frühem Kindesalter — bei einem 20monatlichen Kinde — vorfand und möglicherweise als *congenital* anzusehen ist. —

---

# Referate.

120) **Lichtheim** (Jena): Progressive Muskelatrophie ohne Erkrankung der Vorderhörner des Rückenmarkes.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankh. Band VIII. Heft 3.)

Die vielumstrittene Frage nach der myopathischen oder neuropathischen Natur der progr. Muskelatrophie gelangt durch den genannten Aufsatz von Neuem zur Diskussion, nachdem bekanntlich durch die Arbeiten der französischen Autoren, besonders Charcot's; es nahezu ausgemacht schien, dass eine primaere Erkrankung der grauen Vorderhörner des Rückenmarkes, insbesondere der Ganglienzellen, die Ursache der Affection darstelle.

Verf. giebt die Krankengeschichte einer Frau, welche im 27sten Lebensjahre nach starker körperlicher Anstrengung plötzlich Schmerzen im rechten Arm bekam, welche eine bleibende Schwäche in demselben zurückliessen, die sehr allmählig zunahm, dann wieder remittirte. Im folgenden Jahre bemerkte sie nach einem schweren Wochenbette, während dessen sich ein Abscess in der äussern Malleolargegend des rechten Fusses gebildet hatte, auch eine Schwäche des rechten Beines. Zu gleicher Zeit wurde auch die Schwäche und Abmagerung des rechten Armes stärker, allmählig auch Schwäche des linken Armes und Beines mit Abmagerung derselben.

Der Stat. praes. ergab hauptsächlichste Localisation der Atrophie in den Rumpfschultermuskeln, in den Beugern der Ellenbogengelenke und in den Glutaeis. Die Hand- und Vorderarmmuskulatur zeigte sich frei. Die Kopfnerven intact; nur das Heben der Oberlippe ausserordentlich erschwert, das Pfeifen ist unmöglich geworden.

Auf der linken Seite ist die Atrophie viel geringer. Die faradische und galvanische Erregbarkeit ist nur in wenigen, erheblich stark affizirten Muskelgebieten erloschen, in weniger stark affizirten Muskeln herabgesetzt, sonst normal, Entartungsreaction nicht nachweisbar. — Sensibilität und Reflexerregbarkeit normal. — Die Kranke erlag einer Lungenphthise und bekam ausserdem eine *Coxitis* dextra, während welcher die ganze rechte Oberschenkelmuskulatur phlegmonös und äusserst schmerzhaft wurde.

Die *Autopsie* ergab die Bestätigung der Diagnose; erhebliche Muskelatrophie in den genannten Parthien, der N. ischiadicus sin. theilweise geröthet, der rechte normal; jauchige Phegmone des rechten Oberschenkels.

Die mikroskopische Untersuchung der Muskeln ergab hochgradige Atrophie derselben, sehr kernreiches Perimysium, reichliches Zwischengewebe, (eine Vermehrung der Muskelkerne konnte nicht konstatirt werden); die *peripheren Nerven, die vorderen Wurzeln*, welche besonders eingehend untersucht wurden, und *das Rückenmark erschienen intact*; besonders die Ganglienzellen der Vorderhörner „in erheblicher Anzahl vorhanden, von normaler Grösse, mit reichlichen Fortsätzen versehen“. Eine geringfügige Erweiterung des Centralcanals im Brusttheile ist ohne Bedeutung. Die Anzahl der Ganglienzellen auf der mehr affizirten rechten Seite nicht geringer als auf der linken. — Ueber das mikroskopische Verhalten der Medulla oblongata findet sich keine Angabe.

Verf. zieht aus diesem Falle den Schluss, dass die progressive Muskelatrophie ebenso wie die pseudohypertrophische Lähmung *eine Muskelaffection* sei, welche nur sekundär das Rückenmark in Mitleidenschaft zu ziehen vermöge, da die Charcot'schen Fälle mit positivem Befunde nicht wegzuleugnen sind. Ob die von Charcot gefundene Atrophie eine functionelle sei, oder durch eine an den Nerven centralwärts fortgeleitete Entzündung hervorgerufen werde, wie Friedreich will, lässt Verf. dahingestellt. Als Primaeraffection der Vorderhörner erkennt er an 1) die *akute atrophische Spinallähmung* 2) die *Subacute* und 3) die *chron. atrophische* Spinallähmung. Der Unterschied zwischen letzterer und der progr. Muskelatrophie besteht hauptsächlich darin, dass bei letzterer die Lähmung überwiegt, und die Atrophie der Muskeln keine „Atrophie individuelle“ einzelner Muskeln darstellt. - (Dem Ref. mag die Bemerkung erlaubt sein, dass Friedreich keineswegs, wie der Verf. ausführt, eine primaere Affection der Substanz der grauen Vorderhörner als Grundlage für die spinale Kinderlähmung und die analoge Lähmung Erwachsener leugnet).

Schultze (Heidelberg).

---

121) **Stoffella** (Wien): Ein Fall von Seitenstrangsclerose des Rückenmarkes.

**(Wien. med. Wochensch. Nro. 21 und 23.)**

Eine 78jährige aber noch ganz rüstige Dame litt nach einer glücklich überstandenen Pneumonie an einer eigenthümlichen Schwäche

in den unteren Extremitäten. Diese wurden gewöhnlich aneinandergepresst gehalten, der Gang war schlürfend und schon nach wenigen Schritten stellten sich klonische Zuckungen in den Waden und manchmal auch in der Muskulatur des Oberschenkels ein, so dass sie stehen bleiben, oder sich setzen musste. Beim Stehen, auch mit geschlossenen Augen, nichts Auffallendes.

Nach einer Badekur in Pistjan starke Verschlimmerung bis zu völliger Lähmung beider unteren Extremitäten, deren Ernährung sowie die Hautsensibilität und die electrische Erregbarkeit nicht merklich verändert, kutane und Sehnen-Reflexerregbarkeit sehr gesteigert. Passiven Bewegungen möglich nur der Abduction setzten die stets gespannten Abductoren des Oberschenkels starken Widerstand entgegen. Schmerzen fehlen, Muskelzuckungen sind häufig vorhanden. Weder Blase noch Mastdarm gelähmt.

Nach 2 Jahren Tod an Pneumonie. Die Section ergab (makroskopisch) graue Degeneration der Seitenstränge des Rückenmarks vorzugsweise in deren hinterem Abschnitt und am deutlichsten im unteren Brust- und im Lendensegmente ausgesprochen.

An den mitgetheilten Fall schliesst Verf. eine eingehende Besprechung der Lateralsclerose nach den Angaben der Autoren an, mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Erb, Oscar Berger und Westphal.

Krueg (Wien).

---

122) **Leyden** (Berlin): Ueber progressive amyotrophische Bulbaerparalyse und ihre Beziehungen zur symmetrischen Seitenstrangsclerose.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Band VIII. Heft 3.)

Leyden giebt nach einer historischen Einleitung zuerst eine Schilderung der Symptome der sogenannten progressiven Bulbaerparalyse, welche er mit dem Namen der *progressiven amyotrophischen Bulbaerparalyse* belegt. Dieselben bestehen im Wesentlichen in *Sprechstörung* mit dem Charakter der *Anarthrie*, *Dyphagie*, *Speichelfluss*, *Muskelatrophie der Zunge* und *der Lippen*, weiterhin stellte sich *Aphonie* und *häufig dyspnoetische* Anfälle ein; nicht selten *Schwäche der Kaumuskeln*, regelmässig *Schwäche* und *Atrophie* der Muskeln des *Halses* und des *Nackens*, endlich progressive Muskelatrophie der *Extremitäten* und des *Rumpfes*. Die Dauer der Krankheit beträgt gewöhnlich kaum länger als 3 Jahre, der regelmässige Ausgang derselben ist der Tod.

Es erhellt aus dem Angegebenen, dass die Krankheitssymptome nahezu ausschliesslich im Gebiete der Motilität verlaufen und zwar zuerst in gewissen Muskelgebieten, deren Nervenkerne im unteren Abschnitte der Medulla oblong. liegen, und dass ferner die Muskelatrophie den Charakter einer fortschreitenden *primaeren Atrophie* trägt. Die Atrophie dominirt, eine Lähmung geht ihr *nicht* vorher, ausserdem handelt es sich in den späteren Stadien der Krankheit niemals um *spastische*, sondern um *atonische Lähmung*, welche die Consequenz der Atrophie darstellt und mit ihr gleichen Schritt hält, Contracturen finden sich nur selten (main en griffe); sie haben nach

Leyden ihre Ursache in der habituellen fehlerhaften Haltung der betreffenden Gliedmassen. Abnorme Sehnenreflexe fehlen.

Was die pathologisch-anatomische Basis der Krankheit angeht, so ergiebt sich ausser der Erkrankung der Muskeln und der zugehörigen Nervenwurzeln eine Degeneration der motorischen Bahnen im Rückenmark, sowie eine Atrophie der grauen Substanz der Vorderhörner mit Schwund der multipolaren grossen Ganglienzellen sowohl in dieser als in den Stilling'schen Nervenkernen der Medulla oblongata.

Leyden selbst fand auf Grund seiner bisher beobachteten *fünf* Fälle von amyotrophischer Bulbaerparalyse Folgendes: In den *Muskeln* stärkste Ausprägung der Atrophie in der Zunge und besonders in der Spitze derselben, weniger intensive Degeneration in den Lippenmuskeln und den Muskeln der Hand und der Vorderarme. Die Muskelfasern ungleichmässig atrophirt, fast überall noch quergestreift, mit kernreichem Sarcolemm, aber ohne interstitielle Kernwucherung im Zwischengewebe. Die intermuskulaeren Nervenstämmchen atrophisch, ohne Wucherung des interstitiellen Gewebes. Die *motorischen Nerven* in ihrer ganzen Ausdehnung zuerst fettig, später sclerotisch degenerirt, das interstitielle Gewebe, sowie die gemeinsame Nervenscheide intact.

Im *Rückenmark* sind nur die Hinterstränge intact, es findet sich *Degeneration der Pyramidenbahnen* entsprechend dem Türk'schen Schema. Dieselbe ist am stärksten im obern Brusttheile und in der Halsanschwellung ausgeprägt. Die Pyramiden selbst sind nur in mässigem Grade miterkrankt, bis über die Mitte des Pons hinauf lässt sich die Degeneration nicht verfolgen. Histologisch zeigt sich im Allgemeinen Atrophie der Nervenfasern mit Fettkörnchenzellen, in manchen Fällen mehr das Bild der Sclerose. Die Ganglienzellen der grauen Substanz atrophirt, in letzterer vergrösserte sternförmige Zellen, corpora amylac. sah Leyden niemals.

In der Medull. oblong. ist die Atrophie der Hypoglossuskerne am deutlichsten.

Die Krankheit betrifft also wesentlich die motorischen Bahnen und ist bilateral symmetrisch, sie stellt eine sogenannte Systemerkrankung dar. Leyden folgert daraus, dass die Nervenfasern primaer erkranken, das interstitielle Gewebe erst sekundaer. Es lässt sich schwer behaupten, ob der Ausgangspunkt der Erkrankung innerhalb des ganzen motorischen Systems stets ein und derselbe sein müsse, der Process könnte ganz wohl an verschiedenen Punkten der Leitungsbahn beginnen.

Die so eben gegebene Schilderung des pathologisch-anatomischen Befundes findet sich im Einklang mit denjenigen einer grösseren Reihe von Fällen anderer Autoren, dagegen fand Charcot und Duchenel-Joffroy in je einem Falle von Paralysie glosso-laryngée keine Degeneration der weissen Stränge, deren Intensität übrigens auch nach Leyden in einzelnen Fällen nur geringfügig ist.

Bedeutender sind die Verschiedenheiten des von Leyden entwickelten Krankheitsbildes von dem durch Charcot aufgestellten Bilde der *symmetrischen amyotrophischen Seitenstrangsclerose*, wobei Charcot von dem anatomischen Bilde der primaeren systematischen Seitenstrangdegeneration Türk's ausging.

Die Muskelatrophie ist nach Charcot bei der symmetrischen amyotrophischen Seitenstrangsclerose eine deuteropathische, es gehen ihr zuerst Lähmungen voran, ausserdem ist der Typus der Muskelaffection ein anderer: es handelt sich um spastische Lähmungen mit Rigidität und Contractur. Letztere Erscheinungen werden nach Bouchard auf die Seitenstrangaffection bezogen, für welche Auffassung aber kein Beweis beigebracht ist.

Leyden folgert aus seinen eigenen Beobachtungen, dass die Seitenstrangdegeneration nicht nothwendig zu Contractur und Rigidität führt, auch nicht in allen Charcot'schen Fällen zeigte sich der Charakter der tonischen Lähmung in deutlicher Weise. Die Klauenhand kann nicht auf Seitenstrangsclerose bezogen werden, da sie auch bei der von Hinterstrangsclerose fortgesetzten Muskelatrophie sich beobachten lässt.

Die Frage, ob es sich in beiden Krankheitsformen der amyotrophischen Lateralsclerose und der progressiven amyotrophischen Bulbärparalyse um denselben anatomischen Process handelt, beantwortet Leyden dahin, dass es ihm weder wahrscheinlich, noch durch Beobachtungen constatirt erscheint, dass eine *interstitielle* Sclerose, die also nicht primaer von den Nervenfasern ausgeht, sich genau nach dem System der Pyramidenbahnen verbreitet. Auch seinen früheren Fall analoger Art, den er als primaere Seitenstrangsclerose aufsetzte, rechnet er jetzt zur progr. amyotrophischen Bulbaerparalyse. Das von Charcot für die primaere Lateralsclerose aufgestellte Bild der Contracturparalyse hat er auch bei diffuser Sclerose vorzugsweise des Hals- und oberen Brusttheiles vorgefunden.

Zum Schlusse werden zwei neue Beobachtungen der amyotroph. progr. Bulbaerparalyse mit Sectionsbefund mitgetheilt. In einem Anhange giebt Leyden eine Uebersicht über die in der Literatur bisher bekannten Fälle von der im Titel genannten Krankheit mit anatomischer Untersuchung (12 resp. 15 an Zahl, wenn die Fälle mit abnormem Verlaufe dazu gewählt werden), ferner von zwei Fällen von progr. amyotr. Bulbaerparalyse *ohne* Alteration der Seitenstränge (Charcot und Duchenel-Joffroy) schliesslich von Fällen sogenannter primaerer symmetrischer Seitenstrangsclerose.

Schultze (Heidelberg).

---

123) **Vermeil** (Paris): 1) Cancer primitif de la colonne vertébrale. — Paraplégie douloureuse.

(Le progrès méd. 1878 Nro. 25.

2) Tumeur cérébrale (ibid.).

1. Ein Schneider von 50 Jahren, in tuberculöser und carcinomatöser Rücksicht erblich nicht belastet, selbst an derartigen Affectionen nicht leidend, wird gegen Ende 1876 von heftigen Schmerzen in der linken Seite heimgesucht. Die Schmerzen sind heftig, anhaltend, lancinirend, sitzen am Angulus der 10. Rippe und werden durch den leichtesten Druck, selbst den der Kleider stark gesteigert. Gleichzeitig beginnt der Pat. abzumagern. Im September 1876 wurden die Schmerzen unerträglich und dehnten sich auch auf die 11. Rippe aus, verbreiteten sich gleichzeitig vom Angulus, auf dessen nächste Umgebung sie bislang

beschränkt waren, auf den ganzen Umfang der beiden Rippen (halbseitiger Gürtelschmerz). Eine damals von Labbé vorgenommene Untersuchung liess weder eine costale noch vertebr. Erkrankung erkennen. Im October desselben Jahres trat Schwäche des linken Beines ein, mit dumpfem, lancinirendem, beim Gehen anschwellendem Schmerze. Einige Tage später trat ein gleicher, jedoch nicht anhaltender Schmerz, der auch durch Druck sich nicht steigern liess, entlang der W. S. bis zum Nacken sich erstreckend auf. Im Dezember: Schmerzen im linken Arm, einigemal mit einem Schauergefühl (frémissement), das dann auch im linken Bein auftrat, verbunden; gleichzeitig vorübergehende Contractur in den Muskeln der linken Hand. Januar 1877 war der Pat. sehr abgemagert, der Appetit war schwach, die Verdauung lag darnieder; an der Herzbasis am ersten Ton ein leichtes Blasen, die Radialarterien hart und sclerosirt. Keine Albuminurie. Die beiden linken Extremitäten, besonders das Bein sind erheblich dünner, als die rechten. Oberschenkel 3 Cent., Oberarm 1 Cent., Vorderarm 25 Millim. Der Gang ist langsam, der Schmerzen wegen äusserst vorsichtig, aber doch ausführbar. Das linke Bein wird nachgeschleppt; seine Sensibilität ist nicht gestört, atactische Erscheinungen fehlen durchaus. Die Muskeln sind schlaff, die Reflexbewegungen nicht gesteigert, ebenso wenig die Sehnenreflexe (Knie- und Fussphänomen sind besonders erwähnt.) Die Sensibilität ist erhöht und sind Schmerzen vorhanden: 1) Ein halbseitiger Gürtelschmerz links, der besonders hinten sehr heftig ist, ungefähr dem 10. und 11. Intercostalnerven entspricht, spontan auftritt und in der Tiefe zu sitzen scheint; unabhängig davon cutane Hyperaesthesie. 2) Entlang der ganzen W. S. 3) Im Verlauf des linken Ischiadicus, durch Druck zu steigern; keine Hauthyperaesthesie. 4) Im linken Arm und Vorderarm, weniger heftig, durch Druck zu erhöhen, aber nicht auf den Verlauf eines bestimmten Nerven localisirt. Mitunter noch in den afficirten Extremitäten Gefühl von Ameisenkriechen (fourmillements), nirgends Anaesthesie. Keine ocularen Symptome. Trophische Störungen der Haut fehlen. Blase und Mastdarm in Ordnung. Electrische Untersuchung der paretischen Muskeln sind nicht mitgetheilt. *Therapie:* Glüheisen längs der W. S., innerlich Jodkalium und Morphiuminjection. Im weiteren Verlauf wird die Hautfarbe fast gelb. Dyspnoe Lungenoedem, keine Albuminurie. Tod am 28. Febr. *Autopsie:* Herz vergrössert ohne Klappenfehler, Aorta atheromatös, erweitert, Leber carcinomatös vergrössert, Gehirn normal. Die W. S. zeigt rhachitische Krümmung. Vorn links am Körper des 10. und 11. Dorsalwirbel ein runder glatter Tumor, ungefähr von der Grösse eines Ei, hart elastisch. Derselbe springt, wie man nach Eröffnung des Wirbelkanals sieht, in denselben vor, bildet dort links und rechts zwei glatte längliche Massen, die den Canal im vorderen Theil zu einem prismatischen, dreieckigen Raum einengen. Die linke Tumormasse ist stärker als die rechte, dringt in die Zwischenwirbellöcher ein und umdrängt hier die Nervenstämme. Der Tumor knirscht beim Durchschneiden und ist auf der Schnittfläche weiss, mit kalkartigen oder knochenförmigen Kernen durchsetzt. Das R. M. ist im Niveau des Tumors comprimirt, und hat dieselbe prismatische Gestalt, wie der Canal. Mit blossem Auge sieht man keine Alteration, weder Erweichung noch Erhärtung. Die Pia ist normal injicirt; die Dura nicht verdickt, weder mit der Pia, noch mit dem Tumor zusammenhängend.

„Die microscopische Untersuchung ergiebt" — mit diesen Worten würde bei uns ein derartiger Fall jedenfalls weiterbeschrieben werden; in vorstehendem fehlt dieselbe vollständig; dass ebenso

die electrische Exploration der paretischen Musculatur fehlt, habe ich oben schon erwähnt. Ueberhaupt muss die Mangelhaftigkeit der ganzen Mittheilung sehr auffallen — von der Sensibilitätsprüfung der rechten Seite ist keine Rede und an die Möglichkeit einer Brown-Sequard'schen Lähmung scheint nicht einmal gedacht zu sein — um so mehr, als der Eall in der Société anatomique unter dem Vorsitze von Charcot am 29. März d. J. publicirt worden ist.

2. Ein 61jähriger Arbeiter, erblich nicht belastet, kein Alkoholiker, bis zum Kriege 1870 stets gesund, leidet „depuis la guerre, à la suite des privations du siège" an starker Dyspepsie und Diarrhoe, magert schnell ab, schwitzt Nachts; Anorexie, häufiger quälender Husten mit grünlichen Sputis. Im Febr. d. J. beiseiner Aufnahme ins Hospital findet sich: Grosse Blässe und Schwäche, Appetitlosigkeit, Magendruck nach den leichtesten Speisen, von Zeit zu Zeit Erbrechen bei den Hustenanfällen; die Diarrhoe ist seit einigen Tagen gestopft, Nachtsschweisse, Vertigo. Keine motorischen oder sensiblen Störungen Morgens häufiges Hüsteln mit schleimig-eitrigem, münzenförmigem Auswurf. In der Lunge Cavernen, Herz und Leber normal, Arterien hart. Kein Albumen im Urin. Bis zum 3. März bleibt der Zustand annährend derselbe, nur der Appetit wird immer schlechter. An diesem Tage wird er, als er sich nach dem Genusse einer Suppe erhob, von heftigem Schwindel ergriffen und fällt. Verlust des Bewusstseins, das jedoch bald zurückkehrt, dagegen war die Respiration erschwert, und die Sprache blieb einige Stunden behindert. Keine hemiplegischen Erscheinungen; Somnolenz während einiger Stunden, Uebligkeit ohne Erbrechen, kein Kopfschmerz. Am anderen Morgen weiss er nichts von dem Vorfall; er sitzt im Bett wie gewöhnlich, um 10 Uhr Wiederholung des Schwindels, nach 10 Minuten Tod. *Autopsie*: In den Lungen Cavernen, auf dem Herzen stark fettige Ablagerungen, die Nieren etwas congestionirt.

*Gehirn:* Schädeleröffnung leicht. Leichte venöse Congestion der Pia. An der Grenze des oberen Theils der Basis, rechts über der Fissura sphenoidalis, im Foramen opticum ein kugelförmiger, maulbeerartiger Tumor von der Grösse einer kleinen Nuss, weisslichgrau aussehend, er hängt am inneren Blatte der leicht vom Knochen abzulösenden Dura, hat sich offenbar auf deren Kosten entwickelt und steht mit dem Gehirn selbst nicht in Verbindung. Er hat in die untere Fläche des Frontallappens, unmittelbar vor der Fossa Sylvii eine Vertiefung gedrückt; dieselbe sitzt im Niveau der rechten Lobus olfactorius, der stark comprimirt wird. Hier erscheint auch die Corticalsubstanz grau-roth, brüchig (friable), erweicht. Der Tumor selbst ist hart; mikroscopisch wird er als Psammom diagnosticirt.

Erlenmeyer.

---

124) **Decaispe,** epileptiforme Neurose — unregelmässige Dentition.
(Gaz. medic. de Paris 1878, Nro. 19.)

Ein 13jähr. noch nicht menstruirtes Mädchen hat eine sehr schwere zweite Dentition mit starker Entzündung des Gaumens und nachfolgender Cervical-Drüsenanschwellung durchgemacht, welche am Aufnahmetage, dem 21. Februar 1877, noch fortbestand; die oberen Eckzähne fehlen noch, ein durchbrechender Backenzahn wird durch einen fortbestehenden, aber leicht zu entfernenden Milchzahn im

Vorrücken gehindert. Bis zu 12 Jahren litt das Kind an Bronchitis, nach deren Aufhören Convulsionen eintraten, anfangs ein Mal wöchentlich, seit 11 Tagen aber jeden Abend zwischen 7 und 8 Uhr. Die Anfälle beginnen bei dem sonst gesunden Kinde mit einem Schmerze in der rechten Hand und Contractur der Finger, dem Auftreten einer rothen Flamme vor beiden Augen, darauf steigt der Schmerz bis zur Schulter und das Bewusstsein geht verloren, darauf treten das Gesicht mit einbegreifende Convulsionen ein. Das Gesicht ist geröthet, die Pupillen gleich, gegen Licht unempfindlich, die Gesichtsmuskeln verzerrt, die Finger gegen die Hand, diese gegen den Unterarm flectirt, die Convulsionen gehen bald auf alle 4 Extremitäten über, ohne dass eine Seite vorwiegend ergriffen wäre, dauern etwa 5 Minuten und machen einer allgemeinen Starre Platz, die Beine sind rigid, gestreckt, die Arme flectirt, von Zeit zu Zeit tritt Pleurosthotonus auf. Dieser Zustand wechselte mehrmals mit allgemeiner Erschlaffung ab, dauerte etwa 25 Minuten, nach einer Stunde war vollkommene Remission eingetreten; während des ganzen Anfalls wurde absolute Anästhesie constatirt, sowohl gegen Stich, als auch gegen Kälte und Hitze. Am dritten Tage nach der Aufnahme ins Hôpital des enfants wurde 1,0 schwefelsaures Chinin administrirt, aber ohne Erfolg, ebenso in den 4 darauf folgenden Tagen, den vierten Tag traten Gesichtshallucinationen auf, am achten blieb der Anfall gänzlich aus und ist bis jetzt nicht mehr wiedergekehrt.

Diese Beobachtung bietet dadurch ein Interesse, dass Convulsionen während der zweiten Zahnperiode selten gesehen worden sind.

Hinze (St. Petersburg).

---

125) **Berger** (Breslau): Zur Lehre von der Epilepsie.

(Deutsche Zeitschrift für pract. Med. 1878. Nro. 21—24.)

Die Bedeutung der Hirnrinde für die Entstehung der Epilepsie ist bereits hinlänglich gewürdigt, und die Thatsache, dass unter den verschiedenen Heerderkrankungen des Gehirns insbesondere circumscripte Rindenaffectionen sehr häufig allgemeine epileptiforme Krämpfe im Gefolge haben, wird von Nothnagel so gedeutet, dass nicht die Rindenläsionen als solche die Epilepsie veranlasst, sondern dass die ursprüngliche Läsion analog den peripheren Nervenverletzungen secundär zur Entwickelung einer epileptischen Veränderung in Pons und Medulla oblong. führt. Mit Uebergehung der sehr interessanten Fälle von Reflex-Epilepsie nach Kopftraumen und bei Krankheiten der Sexualorgane soll hier nur Kinder-Epilepsie hervorgehoben werden. Ihr wesentliches Criterium ist die Einleitung der Krankheit, späterhin des einzelnen Anfalls durch locale Zuckungen einer isolirten Muskelgruppe. Am häufigsten beginnt der Krampf in den Muskeln der Hand (besonders des Daumens und des Zeigefingers) geht von hier aufwärts und begrenzt sich an den Schultern oder verbreitet sich auf die correspondirende Gesichtshälfte und Unterextremität, eventuell auch auf die gesammte Körpermuskulatur. Während des relativ lang dauernden Anfangsstadiums bewahrt der Kranke sein volles Bewusstsein, das erst bei

Verallgemeinerung der Covulsionen zu schwinden pflegt. Der Anfall kann auch im Gesicht beginnen, seltener in der untern Extremität. In vielen Fällen zeigt sich eine Deviation des Gesichts und der Augen, gewöhnlich auf der den Convulsionen entgegengesetzten Körperhälfte. Nach dem Anfall bleibt sehr häufig eine auffallende Schwäche in den von Krämpfen befallenen Gliedern zurück, die mehrere Stunden, selbst Tage anhält; endlich zeigen die einzelnen Anfälle immer dieselben Eigenthümlichkeiten. Diess sind die wesentlichsten klinischen Charactere und begegnen wir dieser Form „partieller Epilepsie" so ist die Vermuthung einer circumscripten Läsion der motorischen Rindenorgane oder der mit ihr in unmittelbarem Zusammenhang stehenden Theile sehr wahrscheinlich, wird aber fast zur Gewissheit, wenn mit den Reizerscheinungen partielle paralytische Erscheinungen derselben Körperhälfte auftreten, partielle dissociirte Hemiplegie, d. h. Lähmung nur des Mund-facialis, oder nur einer Extremität, oder beider Extremitäten, doch ohne Betheiligung des Gesichtes. Selbstverständlich ist damit weder über die Natur der vorliegenden Affection noch über deren eigentlichen Ausgangspunkt (die Rinde selbst, die häutigen oder knöchernen Hüllen,) eine Entscheidung gegeben, darüber entscheiden erst andere ätiologische und klinische Momente. Ein Theil vielleicht und sogar die Mehrzahl der Fälle von sog. *traumatischer Epilepsie* gehört in pathogenetischer Hinsicht der corticalen E. an. Das gleiche gilt für die *syphilitische Epilepsie* , d. h. diejenige Form des syphilitischen Gehirnleidens, bei welchem während eines längern Zeitraums die epileptischen Krampfanfälle ohne Complication durch andere cerebrale Erscheinungen das einzige Moment der Krankheit darstellen, so dass das Bild einer gewöhnlichen idiopathischen Epilepsie vorgetäuscht wird. Die Diagnose dieses Leidens ist von der höchsten Bedeutung, denn von ihr hängt die Stellung des Kranken ab, und mit Recht sagte schon Yvaren: à peine sera-t-elle comme, qu'elle sera guérie. Hübner schilderte einen Symptomencomplex: Psychische Störungen mit Epilepsie, unvollkommene Lähmungen und terminalem meist kurz dauerndem komatösem Zustand. Mitten in scheinbarer Gesundheit kann plötzlich ein epileptischer Anfall eintreten, dem bisweilen in wochenlangen Intervallen neue Anfälle folgen, bis später weitere Symptome sich zugesellen. Zuweilen bleibt die Epilepsie lange Zeit ganz isolirt das einzige Symptom. Nach Fournier erscheint die syphilitische E. gewöhnlich als E. gravior, weit seltener unter den mannigfachen symptomatologischen Formen der E. mitior. (petit mal.)

Was der Anfall selbst anbelangt, so existiren keine zuverlässigen differentiellen Momente, doch können folgende Punkte Verdacht erregen. 1) Das Fehlen des initialen Schreies (mit Recht macht Berger ein Fragezeichen zu dieser Angabe Fournier's.) 2) Die weit grössere Häufigkeit transitorischer unmittelbar im Gefolge des Anfalls eintretender Lähmungen einer Extremität, einer Gesichts- oder Körperhälfte. 3) Der unvollständige, einseitige, partielle Character des Krampfanfalls (partielle hemiplegische Epilepsie) häufig mit Erhaltung des Bewusstseins. (Kann

man aber da noch von Epilepsie sprechen?) Wichtig ist ferner der den Anfällen längere oder kürzere Zeit vorangehende Kopfschmerz, der mitunter ganz circumscript ist. Auch die Art des Auftretens und die Entwickelung der Anfälle giebt nichts characteristisches; Angaben, wie dass die syph. Epilepsie mit besonderer Vorliebe nächtliche Anfälle setze, dass hier in rasch auf einander folgenden gehäuften Anfällen (status epilepticus) erscheint etc. sind ganz ungerechtfertigt. Hochwichtig dagegen ist der Gesammtverlauf der Krankheit; meist schon nach einigen Monaten stellen sich intervalläre Smyptome ein, Kopfschmerz, Schwindelanfälle, Schlaflosigkeit, anfangs transitorische, später bleibende Lähmungen, Neuritis optica u. s. w. und es handelt sich um eine sog. Pseudo-Epilepsie. Hochwichtig für die Diagnose ist der Beginn der Epilepsie im reifen Mannesalter im Gegensatz zu der idiopathischen Ep., die sich meist in der 1. oder 2. Kindheit entwickelt. Fehlen die gewöhnlichen Ursachen der Ep. (Heredität, Alcoholismus, Traumen etc.) lässt sich dagegen vorausgegangene Syphilis constatiren und zeigt der epilep. Insult die Charactere der sog. partiellen, hemiplegischen Ep., so wird der Verdacht fast zur Gewissheit.

*Die syphilitische Epilepsie* tritt fast ausnahmslos erst mehrere (1—8) Jahre nach der primären Infection auf, und gehört den tertiären Periode an; ausnahmsweise kommen vereinzelte, transitorische, epileptiforme Anfälle schon in der 2. Periode vor, werden aber dann von Fournier nicht auf eine cerebrale Läsion zurückgeführt, sondern als eine Art „specifische Neurose" betrachtet. Fournier geht sehr weit mit seinen Ansichten über die syph. Ep. denn er meint, wenn ein Individuum über 30 Jahre alt im Zustande scheinbarer vollständiger Gesundheit zum ersten Male im Leben von einem epilep. Anfalle heimgesucht wird, so erscheint die Annahme einer syphil. Grundlage in 10 Fällen 8—9 mal gerechtfertigt. — Die syph. Ep. scheint in der Mehrzahl der Fälle corticalen Ursprungs zu sein; wir finden bei ihr alle Charactere der Rinden-Epilepsie; ihre Grundlage müssen wir in einem in den knöchernen oder häutigen Hüllen des Gehirns etablirten Process supponiren, welcher derartig localisirt ist, dass er einen Reiz auf die motorische Zone der Hirnrinde ausübt. Eine weitere Progression des Leidens führt zu destructiven Läsionen der Hirnsubstanz und damit zu Ausfallserscheinungen in der motorischen Sphäre, zu permanenten Hemiplegien mit folgenden Contracturen, und nach Maassgabe anderweitiger Localisationen können noch weitere Sypmtome das Krankheitsbild compliciren. Leidet ein Kranker an epil. Krampfanfällen, bei welchen regelmässig und ausschliesslich nur eine Körperhälfte befallen wird und treten im Gefolge derselben transitorische Paresen der von Convulsionen befallenen Theile auf, so wird in jedem Falle der Verdacht eines organischen Hirnleidens geweckt; bei syph. Anticedentien liegt die Vermuthung einer specifischen Affection ausserordentlich nahe. Man wird unter solchen Umständen gut thun, die entsprechende Therapie einzuleiten und selbst in zweifelhaften Fällen sich ohne langes Zaudern zur specifischen Behandlung entschliessen. Charcot's Behandlung — tägliche Einreibungen von

5,00—6,00 Ung. cin. und gleichzeitig 6,00—10,00 Kali jod. in 24 Stunden theils per os theils in Klystierform — dürfte auch die Ansicht des Ref., die schon vor mehr als 15 Jahren sehr warm für diese Methode, der er auch in verzweifelten Fällen glänzende Resultate verdankt, eingetreten, die beste und am meisten zu empfehlen sein. Auch Erlenmeyer sen. sprach sich in der 2. Auflage der „*luetischen Psychosen*" sehr zu Gunsten dieser combinirten Behandlung aus. Zu erwähnen ist noch, dass auch bisweilen bei *Kindern mit congenitaler Syphilis* allgemeine Krämpfe mit syphilitischem Ursprung auftreten, die eine gewöhnliche Eklampsie vortäuschen können.

Nebenbei erwähnt Berger, dass mit vollem Rechte auch eine *Tabes dorsalis syphilitica* angenommen werden darf und sehen wir seiner versprochenen Arbeit über diesen Gegenstand mit Freuden entgegen. Erwähnen muss hier Ref. die Arbeit von Fournier de l'ataxie locomotrice d'origine syphylique, Paris 1871, sowie eine Bemerkung von Erlenmeyer jun. „Zu der noch immer unbeantworteten Frage ob es eine syph. Tabes gebe, vermag ich einen bejahenden Beitrag zu bringen, insofern der Schluss auf die Ursache der Krankheit ex juvantibus remediis gestattet ist." (Bericht über die Heilanstalt für Nervenkranke zu Bendorf am Rh. 1877.) Auch Lancereau und Leyden nennen Syphilis als Ursache, und Wille sprach sich gegen Remak aus und „wenn Remak auch die Tabes eine syphilitische Natur haben lässt, so entspricht dies nicht der Erfahrung".

*Epilepsia vasomotoria.* Als Angina pectoris vasomotoria wurde ein Symptomencomplex beschrieben, bei welchem ohne Erkrankung des Herzens stenokardische Zustände auftreten, bedingt durch einen weit verbreiteten arteriellen Gefässkrampf. Es kann sich Schwindel hinzugesellen, Bewusstlosigkeit, leichte clonische Zuckungen in den Extremitäten, ja endlich kann es zu einem vollständigen epileptischen Anfall kommen. Diese für die Theorie des ep. Anfalls hochwichtigen Fälle, (indem sie die Annahme einer angiospastischen Hirnanämie sehr wahrscheinlich machen) wären als *vasomotorische Epilepsie* zu bezeichnen; sie unterscheidet sich von der gewöhnlichen E. dadurch, dass sie analog den peripheren Epilepsieformen einer localen Therapie zugänglich ist. Characteristisch für den Verlauf und die Entwickelung ist die allmälige Propagation des Gefässkrampfes von einem meist anfangs unscheinbaren Körpertheile (meist Finger und Hand) auf immer grössere Hauptgebiete, bis es schliesslich zum epil. Anfall kommt. Bei localer Galvanisation der primär ergriffenen Parthien trat mehrere Male dauernde Heilung auf, auch gelingt es in diesen Fällen nicht selten, durch rechtzeitige Umschnürung des Gliedes den Anfall zu rigiren.

Ein Fall von *Epilepsie in Folge einer Kohlengas-Vergiftung* wird jedenfalls volle Berechtigung verdienen, doch muss er im Original nachgelesen werden. Man hat im Gefolge dieser Vergiftung Lähmungen beobachtet (Bourdon) Muskelschwäche, Anästhesie u. s. w. Marcé hat die chronische Kohlendunstvergiftung bei Köchen unter die Ursachen der Anoja paralytica aufgezählt, Morcau

den Psychosen und gleichen Ursachen ein eigenes Wort gewidmet (Des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbon, Paris 1876.) und so interessant nun ein Fall von Epilepsie aus dieser Ursache auch ist, er verliert alles Auffallende, wenn man sich den bekannten Satz von der Einheit der Neuro-Psychopathien ins Gedächtniss zurückruft.

Mit der *Therapie* sieht es sehr traurig aus. Berger gesteht es offen, dass er keine besonders günstigen Erfolge gehabt hat trotz Versuchen mit den verschiedensten gerühmten Mitteln (so trostlos dieses Geständniss auch klingt, und uns die Worte Gissler's ins Gedächtniss zurückruft, alle Mittel nützen gar nichts, doch muss man stets neue versuchen) so ist es doch entschieden der verschiedenen Angaben über Heilbarkeit der E. (frische Fälle sind gewöhnlich heilbar! Haeberle) vorzuziehen oder gar jenen über wirkliche Heilungen. Welchen Werth hat es z. B. wenn wir im Jahre 1876 lesen, dass im Jahre 1875 in der rheinisch-westphälischen Anstalt 9 Epileptische geheilt entlassen wurden. Kann man nach so einer Frist von Heilung reden? doch das mag einfacher Optimismus sein, über den man sich kaum weiter ereifern wird, etwa Angaben, wie von Pingler der von 53 Epileptischen 32, Scharlan der von 15 Epileptischen 11 geheilt haben will, oder im Bericht des Marienhospitals zu Sebastopol 1851, wo von 59 Epileptischen 50 als geheilt paradiren, legen denn doch der Geduld der Leser eine zu harte Prüfung auf. Bedenkt man dass Deutschland 42,000 (d. h. 1 pro mille) Frankreich 40,000 Epileptiker zählt (letztere Angabe ist aber nach Legrand de Saulle viel zu niedrig, und auch für Deutschland rechnen einzelne 5 je selbst 8 pro mille!) so erscheinen die geringen Erfolge der Therapie um so trostloser; die Hauptsache ist und bleibt, wie schon Diastophilos und Gissler gelehrt haben, eine zweckmässige diätetische Behandlung, und ad vocem Diät sei hier per parenthesien jener Bonner Student erwähnt, der durch enorme Dosen Fleischextract — er strich ihn wie Butter auf's Brod — seine Epilepsie geheilt haben soll.

Smoler (Prag).

---

126) **Gewers,** Zustand des Gehirns bei congenitalem Mangel einer Hand.

(Sitzung der Royal Medic. and Chirurgie Society (London) 14. Mai 1878.)

Einem Manne mittlern Alters fehlte von der Geburt an die linke Hand bis zum carpus, dessen Knochen unvollständig entwickelt, unter einander verschmolzen und an einer fibrösen Kapsel, an welche die meisten Muskeln des Unterarms sich inserirten, bedeckt waren; von den Muskeln fehlte nur der Extensor digiti quinti.

Die Section ergab normales Verhalten der Grosshirnganglien und der Stirnwindungen, incl. der vordern Centralwindung, dagegen war das mittlere Drittel der hintern Centralwindung rechts um die Hälfte kleiner, als das entsprechende linksseitige. Die mikroskopische Untersuchung der atrophischen Stelle wies durchaus keine Abweichung von

der Norm nach und betraf die Anomalie nur die Grösse derselben. Die Atrophie nahm den Ort ein, welcher nach Ferrier bei Affen, wenn gereizt, Bewegungen der Hand auslöst.

Hinze (St. Petersburg).

---

127) **Dreyfous** (Paris): Arrêt de développement des membres supérieurs. Ectrodactylie. — Alteration des méninges localisée à la région des centres moteurs.

(Le progrès méd. 1878 Nro. 25.)

Ein Mädchen mit einer chirurgisch interessanten, und wie es scheint von der Regel („wenn der Daumen fehlt, fehlt auch der Radius", Geoffroy St. Hilaire) abweichenden Entwicklungshemmung beider Oberextremitäten starb im Alter von 6 Jahren am Typhus. Die Section, bei welcher nach einem Zusammenhang zwischen diesem Bildungsdefect und einer anatomischen Störung der motorischen Centren der Rinde gefahndet wurde, ergab: Dura verdickt. Rechte Hemisphaere blass. Linke Hemisphaere: Venen dunkel gefüllt; an einigen Stellen intrameningeale Ecchymosen. In den meisten Sulcis, welche die Windungen scheiden, weissliche Streifen. (Dieselben werden durchaus nicht näher präcisirt, trotzdem aber für ein junges Product gewissen älteren gegenüber erklärt, die noch viel weniger sich einer genaueren Beschreibung erfreuen. Ref.) Zur Seite dieser Laesionen (der weisslichen Streifen) von jüngerem Datum, findet sich eine andere, die im Gegentheil älter zu sein scheint. Auf der linken Hemisphaere, im oberen Theile der beiden Randwindungen sind die Meningen verdickt, perlmuttergrau, fibrös. Rechts dasselbe fibröse und perlmutterartige Aussehen der Pia, da wo die erste quere Frontalwindung in die aufsteigende übergeht. Gehirn: Nichts zu bemerken. Rückenmark: die Cervicalanschwellung fehlt, und das R. M. hat von oben bis unten dieselbe Dicke."

Verf. möchte am Liebsten die ganze Störung mit Hülfe des Gehirnbefundes erklären, wagt es aber doch nicht recht, da er meint, derartiges sei noch nie beobachtet. Der Mangel der Cervicalanschwellung scheint ihm weiter gar nicht aufgefallen zu sein, sie wird nur nebenbei im Obductionsbefund angeführt.

Erlenmeyer.

---

128) **G. Dax.** L'Aphasie.

(Montpellier et Paris 1878.)

„Marc Dax, ein Arzt aus Sommieres überreichte 1836 der Versammlung der Aerzte zu Montpellier eine trotz ihres überraschenden Inhalts lange ungeachtet gebliebene Abhandlung. Er hatte seit 1800 in allen Fällen von Hemiplegie mit Beeinträchtigung der Sprache die Lähmung stets rechts und die Hirnläsion links gefunden, bestand die Läsion rechts, so hatte die Sprache nicht gelitten. — Diese Abhandlung erregte erst Interesse als G. Dax der Sohn, 1863 der Akademie eine Abhandlung vorlegte, worin er unter Hinweis auf den Aufsatz seines Vaters und gestützt auf 140 meist fremde Beobachtungen (eigentlich 371 d. h. 64 von Bouilland, 273 von Lallemand, 10 von Bonet, 2 von Portal, 4 aus französischen Journalen, 1 von Duparque 16 eigene Ref.) Das constante Zusammentreffen von Sprachstörungen mit Läsionen der linken Hemisphäre behauptete." (Kussmaul: die Störungen der

Sprache, 1877 pag. 135.) Diese beiden für die Geschichte der Aphasie hochwichtigen Denkschriften bilden den Inhalt der angezeigten Brochure, auf welche wir die Leser um so mehr aufmerksam machen möchten, als sie nahebei in jeder Arbeit über Aphasie erwähnt werden und doch bisher schwer zugänglich waren. Weniger Dank als für die Veröffentlichung der Denkschriften dürfte der Autor für seine Vorrede finden. Die Bitterkeit, die damals Lélus's harte Beurtheilung seiner Arbeit in ihm erregt hat, mag immerhin eine gerechtfertigte genannt werden, ganz ungerechtfertigt sind eben seine allgemein gehaltenen Vorwürfe, man hätte seine Arbeit nur selten ungezwungen erwähnt, man hätte den Namen Dax oft erwähnt, ihn aber stets mit andern mehr populären, mehr wissenschaftlichen, mehr offiziellen Namen verquickt. Es kann gewiss den Namen Dax nur zur Ehre gereichen, wenn er mit Namen wie Bouilland, Lordet, Broca etc. in einem Athem genannt wird, und sollten selbst einmal geringere Namen mitcitirt werden, so kann der Verf. sich damit trösten, dass neben Columbus auch Pizarro und Cortez genannt werden, dass nicht Columbus sondern Amerigo Vespucci der neuen Welt den Namen gab, dass nicht Türck sondern Czermak den Löwenantheil vom Ruhme des Kehlkopfspiegels davontrug und dass vielleicht kleinliche Eitelkeit in dem Namen „Dax'sche Krankheit" eine Befriedigung gefunden hätte, die Bezeichnung Aphasie, Aphonie, Alalie etc. aber doch vorzuziehen ist, und auch in diesen Bezeichnungen der Name Dax fortleben wird, so lange es überhaupt eine Wissenschaft, eine Medicin gibt.

Eine Kritik der beiden an Umfang und Werth höchst ungleichen Arbeiten von Vater und Sohn liegt selbstverständlich ausserhalb des Rahmens dieser kurzen Anzeige, die einzig die Absicht hat, die Collegen auf das Erscheinen dieser Arbeit aufmerksam zu machen, welche es endlich ermöglicht, statt kurzen ungenügenden Citaten das Original selbst zu studieren. Die ältere kürzere Arbeit des Vaters, die deutlich den Stempel: simplex sigillum veri an der Stirne trägt, stellt übrigens Ref. unendlich höher, als die umfangreichere des Sohnes neueren Datums. Der Satz Hoffmann's: ars medica tota in observationibus scheint den Autor verleitet zu haben, möglichst viel Beobachtungen zusammenzutragen, die so zu sagen mit der Sache gar nichts zu thun haben, gar nichts beweisen (M. 18. Portat spricht nur von einer Leiche, die Symptome im Leben hatte er nicht beobachtet. Nr. 30 Kind, im Alter von 3 Tagen gestorben etc.) Weniger wäre hier mehr gewesen! Eine Reihe der wichtigsten Beobachtungen, hochwichtig für die Lehre von der Aphasie, sind aber dem Verf. entgangen, und seine Entschuldigung ars longa, vita brevis wird Niemand gelten lassen. Larrey wenigstens durfte nicht ungenannt bleiben, auch Cooper nicht, aber eben so wenig — da auch Fälle ohne Section erwähnt werden — die Namen einzelner Irrenärzte, wie Vering, Hoffbauer, Jäger, Crichton, Burrows, Rush etc. etc. deren Werke hochwichtige casuistische Beiträge zur Lehre von der Aphasie enthalten. Doch das nur nebenbei, Hauptsache bleibt das Buch und sein Erscheinen, möge jedes die verdiente Aufmerksamkeit und Theilnahme finden.

Smoler (Prag).

129) **Billod:** Ueber die Aphasie.

(Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. Mai 1878.)

Verf. weist in einer der Société de méd. lég. am 12. Nov. 1877 vorgelegten Arbeit auf die forensische Wichtigkeit der Frage hin, ob bei einer Aphasie, die mit Hemiplegie verbunden sei, auch eine derartige Geistesklarheit vorkomme, dass sogar ein Testament des betreff. Kranken rechtskräftige Gültigkeit besitzen könne.

Als Beitrag zur Lösung dieser Frage bringt Verf. folgendes Beispiel aus seiner Praxis:

Herr H. ein reicher und geachteter Mann, Gemeindevorsteher, erlitt in seinem 47 Jahre eine Apoplexie mit consecutiver Bewusstlosigkeit, rechtsseitiger Hemiplegie (Arm gänzlich, Bein unvollständig), Sensibilität normal. Nach der Rückkehr des Bewusstseins constatirte man eine Aphasie, die zuerst total, später allmählig sich etwas besserte; zwar blieb die Anzahl der verfügbaren Wörter sehr klein, aber doch wurden diese letztere vollkommen richtig angewendet; überhaupt erzeigte sich das Sensorium sehr bald ganz intact. Das Gedächtniss schien eher vermehrt als vermindert; Pat. konnte sich an Gesprächen seiner Umgebung betheiligen, sowohl durch Nicken oder Schütteln des Kopfs oder durch Gebrauch seines kleinen Wortvorraths; ebenso spielte er gut und oft die früher ihm gewohnten Kartenspiele; und endlich fuhr er bald wieder fort, sein Amt als Maire auszuüben. In dieser Eigenschaft hatte er nicht nur geistige Arbeiten zu vollbringen, denen er sich vollkommen gewachsen zeigte, sondern er musste auch sehr viele Unterschriften ertheilen; dieses Letztere verursachte ihm zuerst einige Schwierigkeiten, da die rechtsseitige Hemiplegie sich keineswegs gebessert hatte. Sein unermüdlicher Fleiss aber brachte ihn bald zu einer grossen Fertigkeit im Unterschreiben. Damit nicht zufrieden lernte er in kurzer Zeit mit der linken Hand schreiben und es gelang ihm dass so gut, dass er sogar längere Privatbriefe zu schreiben vermochte, die zwar in ihrer graphischen Ausstattung etwas zu wünschen übrig liessen, aber sonst, was Redaction und Orthographie betrifft, tadellos waren.

6 Jahre nach dem Schlaganfall starb nun Herr H., und hinterliess ein Testament, absolut richtig in Inhalt und Redaction, nur etwas mangelhaft, aber durchaus leserlich geschrieben. Wegen zwei an und für sich unbedeutenden Legaten an seine 2 Leibtrabanten (Pat. war Junggeselle) versuchten die Erben das Testament als ungültig erklären zu lassen. Dr. Billod, darüber consultirt, widerräth ihnen sehr entschieden — und stützt dieses Urtheil auf sehr richtige Argumente. Die Aphasie ist keine Krankheit an und für sich, sondern ein einfaches Symptom, das in den verschiedenen Fällen ganz differenten Werth haben kann, so als einfache Verhinderung des motorischen Sprechens — oder als eigentliche aber doch ganz uncomplicirte Aphasie bei intactem Sensorium und namentlich ohne Agraphie (wie in unserm Fall — Verf. theilt noch einige hierbezügliche Beispiele mit) — oder endlich die schweren Aphasien, die entweder in Folge von Embolie, Apoplexie oder einer Heerderkrankung noch andere wichtige Hirntheile functionsunfähig gemacht oder haben die Erkrankung der Sprachcentren nur eine Theilerscheinung ist einer weiter verbreiteten Hirnrindenerkrankung.

Aber auch die ganz einfachen Aphasien sind ganz verschieden in ihren Folgen auf die Dispositionsfähigkeit. Auch scheinbar einfache und leichte Fälle können trotz Fehlen von Complicationen irgend

welcher Art de facto Dispositionsunfähigkeit bedingen; namentlich darf man hier nicht übersehen, dass solche Kranke, wie überhaupt alle Kranken, die der ferneren Communication mit der Aussenwelt entbehren, einen grossen Theil ihrer Energie und Selbstständigkeit nothwendig verlieren müssen, namentlich wenn ihnen die liebende Pflege naher Angehöriger fehlt und sie der Laune und dem guten Willen bezahlter Leute überliefert sind.

Es fehlt da durchaus an der Möglichkeit, feste Regeln oder gar allgemein gültige Gesichtspunkte zur Beurtheilung solcher Fälle zu geben — in jedem Fall muss streng individualisirt werden.

Sury-Bienz (Basel).

---

130) **Hack:** Zur Casuistik complicirter Schädelfrakturen und Gehirnverletzung. (Nebst Tafel). (Aus der chirurg. Klinik in Freiburg i. B.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie X. 1 und 2, S. 178.)

Eine 32jährige Patientin wird nach einem Nothzuchtversuche zu Boden geworfen und vermittelst spitzer Steine am Kopfe verletzt. *Besinnungslos,* mit *kaum fühlbarem Pulse* und *unregelmässiger Respiration* ward sie in das Hospital geschafft. Die schwerste Verletzung zeigte sich *auf der linken Seite des Stirnbeins,* nach hinten und oben vom Frontalhöcker in einer 5 Cm. langen Wunde, Continuitätstrennung und Depression des darunter liegenden Knochens. Alle *Extremitäten* sind *bewegungslos* und vollständig erschlafft. Der *rechte Arm* zeigt eine nur schwer zu überwindende *Contractur.* Da die Erscheinungen von Hirndruck noch unverändert bestehen, wird am folgenden Morgen von Prof. Maas zur Hebung der Knochendepression geschritten. Die Flächenausdehnung sämmtlicher extrahirter Fragmente beträgt über 5 Quadrat-Cm. In der Dura mater besteht eine Risswunde von etwa Markstückgrösse, aus der nach einigen Tagen eine beträchtliche Masse Gehirnsubstanz vorfällt, die zum Theil später gangränös wurde. Im Uebrigen verheilte die Schädelwunde unter antiseptischen Cautelen rasch ohne jede Störung, ohne jede Fieberbewegung. Nach 8 Wochen war der Defect bis auf eine kleine Stelle mit fester Narbenmasse geschlossen.

Unmittelbar nach Aufhebung der Compression des Gehirns kehrt das Bewustsein zurück, die *Lähmungserscheinungen,* sowie *Aphasie* bestehen indess unverändert. Neben der vollkommenen Bewegungslosigkeit der Extremitäten bleibt die Flexibilitas cerea im rechten Arm bestehen. Nur reflectorisch können Bewegungen und zwar links mehr als rechts ausgelöst werden, Sehnenreflexe fehlen vollständig. Allmählig bildeten sich die Lähmungserscheinungen zurück bis auf eine schwache Spur von Facialisparese. Auch die Aphasie verschwindet, nur ist der Wortschatz, über den Patientin gebietet, in Einklang mit einer allgemeinen Intelligenzverminderung, ein beschränkter. Denn die früher sehr intelligente, tüchtige Patientin zeigt jetzt eine *tiefe psychische Störung.* Während des Spitalaufenthalts gab sich dieselbe in einer steten Unruhe zu erkennen. Auch später zu Hause zeigte sich diese Unruhe zeitweise. Meist

ist sie aber theilnahmlos, unfähig für häusliche Beschäftigungen. Die Erinnerung an die Momente, welche der Verletzung unmittelbar vorhergingen, ist verwischt, Patientin erkennt den Thäter nicht wieder, während das Gedächtniss an frühere Dinge gewahrt ist.

Sonnenburg (Strassburg i. E.).

---

131) **Jehn** (Grafenberg): Beiträge zur pathologischen Anatomie acuter Delirien.

(Archiv für Psychiatrie Band VIII. Heft 3.)

Jehn berichtet über den Sectionsbefund bei vier Fällen von acuten Delirien, welche der sogenannten maniakalischen Gruppe Schüle's angehörten. Es zeigten sich die weichen Häute des Gehirns verdickt, getrübt, sulzig oedematös. Die Gefässe des Gehirns und besonders der Hirnrinde waren fettig degenerirt, besonders an den Theilungsstellen. Ihre Wandungen verdickt, durch Kernwucherung der Adventitia und Auflagerung von Fett und Pigmentschollen, „in ihrer Umgebung Spuren kleiner Blutextravasate. Eine Erkrankung der nervösen Gebilde schien erst in zweiter Linie erfolgt zu sein, es zeigte sich stets eine, wenn auch vereinzelt auftretende Verfettung der Ganglienzellen, ausserdem erschien der Kern derselben „aufgebläht". Die Kerne der Neuroglia zeigten sich proliferirt, die perivasculaeren Räume meist sehr erweitert und mit ausgetretenen Blutzellen und hellglänzenden Körnchen gefüllt.

Es handelt sich nach Jehn mithin um eine acute, interstitielle Entzündung, wie sie auch bei furibund verlaufender Paralyse vorkommt. (Ein Theil der von Jehn geschilderten Veränderungen, besonders die Verfettung der Gefässe, stellt sicherlich nach vielfältigen anderweitigen Beobachtungen keine akut auftretende Veränderung und nichts Characteristisches für akute Delirien dar, die Neuroglieproliferation ist schon für so verschiedene differente Neurosen verwerthet worden, dass grosse Vorsicht für die Beurtheilung ihrer Bedeutung geboten erscheint. Ref.)

Schultze (Heidelberg).

---

132) **Mosler** (Greifswald): Zur localen Behandlung der Gehirnaffectionen bei acutem Gelenkrheumatismus. Vorgetragen im Greifswalder medic. Verein.

(Deutsche Med. Wochenschrift Jahrgang 1878. Nro. 23 und 24.)

Bei einem Fall von schwerer Meningitis cerebralis, welcher sich im Anschluss an einen heftigen Gelenkrheumatismus entwickelte, hatte Verfasser Gelegenheit die äusserst günstige Wirkung eines grossen Vesicators direct auf die glatt rasirte Schädelhaut zu beobachten, nachdem in dem höchst desolaten Fall alle möglichen Mittel vergeblich angewandt worden waren. Es wurden nach einander versucht: Abführmittel, Chin. 1,0 Abends, Vesicatore an Knie und Fussgelenken, Venaesection von 500 Cem., Opium. Digitalis und Ipecacuanhainfus, Eisblasen auf Kopf und Herzgegend, Tinct. Eucalypti globuli, warme Bäder und kalte Uebergiessungen, auch

bei erheblicher Herabsetzung der Eigenwärme durch $^1/_2$ stündiges Bad in 20⁰ Wasser blieb Pat. unbesinnlich und apathisch. Nun wurde das Kopfhaar auf dem Scheitel abrasirt und auf die geschorene Stelle ein Handteller grosses Cantharidenpflaster applicirt, ebenso hinter jedes Ohr ein Vesicator von Thalergrösse. Am folgenden Tage erkannte Pat. zum erstenmal wieder seine Umgebung und das Fieber hatte sich beträchtlich vermindert. Von nun an rasche Besserung und bald vollständige Heilung.

Max Schüller hat zuerst beim Kaninchen nachgewiesen, dass durch Application von Senfteigen auf die äussere Haut bei längerer und ausgedehnter Anwendung vermindernd auf den Blutgehalt des Gehirns eingewirkt werden kann. Mosler stellte nun mit Schüller gemeinschaftlich am Kaninchen dieselbe Einwirkung des Cantharidin's, welches auf die Nackenhaut eingerieben wurde, nach Trepanation des Schädels auf die Piaerterien fest. Anfangs erweiterten dieselben sich und begannen nach $^3/_4$ Stunden immer enger zu werden, blieben es während der 3stündigen Beobachtungszeit in dem Grade, dass vorgehaltenes Amylnitrit nur kaum merkbare Erweiterung an denselben hervorzubringen im Stande war.

Damit ist der auffallende Erfolg der Vesicantien bei der schweren Meningitis einigermaassen erklärt.

Volland (Davos-Dörfli).

---

133) **Eulenburg** (Greifswald): Ueber Metallotherapie. Vorgetragen in der ersten Versammlung des Aerztevereins des Reg.-Bez. Stralsund am 1. Juni 1878.

(Deutsche Medic. Wochenschrift Vierter Jahrgang 1878. Nro. 25 und 26.)

Dem Verfasser hat es bis jetzt zu therapeutischen Versuchen an einem brauchbaren Material gemangelt und er hat sich desshalb mit der experimentellen Beantwortung der Frage beschäftigt: Sind wir, die Richtigkeit der erzielten Resultate vorausgesetzt, in der Lage, eine völlig oder einigermaassen acceptable Erklärung derselben auf Grund entsprechender physikalisch-physiologischer Erscheinungen zu liefern?

Zunächst wiederholte er die Versuche Regnard's, welche sich auf den Nachweis electrischer Ströme beim Contact zwischen Haut und Metall beziehen. Doch wurden zu den Versuchen unpolarisirbare (du Bois-Reymond'sche) Electroden angewandt und nur vergleichsweise auch Stöhrer'sche Kohlenelectroden und gewöhnliche Metallelectroden.

Bei Kupfer, Aluminium, Zink, Blei, Gold ging der Strom vom Metall zur Haut, der Ausschlag bei einem Sauerwald'schen Multiplicator mit ca. 16000 Windungen betrug nicht gleichviel bei den verschiedenen Metallen und viel weniger als bei Regnard, der die an den Electroden eintretende Polarisation nicht berücksichtigte. Bei reinem Zinn, einer dünnen Stanniolplatte oder einer Platte von chemisch reinem Silber geht die Richtung des Stromes im Schliessungsbogen umgekehrt von der Haut zum Metall. Durch die Anfeuchtung der Haut mit einem Electrolyten (Kochsalzlösung)

wird der Strom erheblich gesteigert. Ein dünnes Papierblättchen zwischen Haut und Metall hebt die Ablenkung auf, dasselbe zwischen Electrode und Metall gelegt beeinflusst die Ablenkung nicht.

Diese Versuche an 6 verschiedenen Individuen ergaben: 1) Die nämlichen Metallplatten bei verschiedenen gesunden Individuen an der nämlichen Hautstelle und unter sonst gleichen Bedingungen applicirt, erscheinen galvanometrisch bei dem Einen mehr, bei dem Andern weniger wirksam. 2) Das Verhältniss der Metalle zu einander in Bezug auf Intensität (und Richtung) der Galvanometerablenkung ist keineswegs bei allen gesunden Individuen dasselbe. Zink welches bei einer Person stärker wirkt, als Gold, kann bei einer andern viel schwächer wirken und umgekehrt; ja dieselben Personen zeigen keineswegs an allen Tagen und zu allen Zeiten ein gleiches Verhalten. Es ist nicht zweifelhaft, dass diese Ströme nur durch den Contact des Metalls mit der auf der Hautoberfläche in grösserer oder geringerer Menge vorhandenen Flüssigkeit, die auch bei anscheinender Trockenheit derselben vorhanden sein muss, als mit einem Electrolyten entstehen müssen. Wahrscheinlich ist es die qualitative und quantitative Verschiedenheit des Hautsecrets bei Gesunden und Kranken und besonders nervenkranken und hysterischen Individuen, welche diese verschiedenen metalloscopischen und melallotherapeutischen Erscheinungen bedingt.

Volland (Davos-Dörfli).

---

## 134) **Weiss** (Stettin): Gutachten betreffend den Schulbesuch eines Schwachsinnigen.

**(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. und öff. Sanitwes. von Eulenberg, 1878 Juli 11 Heft.)**

Ein 13jähriger Bauernjunge hatte im Januar v. J. bei seinem Lehrer einen grösseren Diebstahl verübt und wurde desshalb, obgleich er hartnäckig leugnete, zu vier Wochen Gefängniss verurtheilt. Wegen dieses Diebstahls sowie wegen „seiner hartnäckigen Unbussfertigkeit und Verstocktheit“ wurde er vom Pastor nicht eingesegnet und ferner wegen seiner „geringen, völlig ungenügenden, seinem Alter und seiner Lebensstellung nicht entsprechenden Kenntnisse trotz ausreichender wenn auch nicht hervorragender geistiger Begabung“ aus der Schule nicht entlassen, deren Besuch „im Ganzen regelmässig war“. Im October v. J., also 9 Monate nach dem Diebstahl, weigerte sich aber der Vater den Jungen noch weiter zur Schule zu schicken und wurde dann nach Einschreiten des Schulvorstandes diesem der Bescheid zu Theil unter Beifügung eines ärztlichen Attestes, nach welchem der Knabe für „schwachsinnig“ erklärt war, dass von einer Bestrafung des Vaters wegen Schulversäumniss seines Sohnes Abstand genommen werden müsse.

Der Schulvorstand, durch den Inhalt des Attestes „auf das höchste überrascht“, konnte sich nicht beruhigen, da nach dem Urtheile der Lehrer, des Pastors und Schulinspectors und nach seinem Dafürhalten der Knabe bis jetzt allgemein und unbeanstandet als ein „vollsinniger, wenn auch geistig nicht sehr begabter“ Knabe gegolten. In allen äusseren Verrichtungen beweise er eine

Umsicht und Anstelligkeit, die bei einem Schwachsinnigen befremden müsse, und bei Gelegenheit der wegen des erwähnten Diebstahls gegen ihn geführten Untersuchung habe er eine solche Verschlagenheit gezeigt, dass der Vorsitzende der Gerichtscommission erklärt habe, die Geriebenheit des Knaben im Lügen sei bei der Verhandlung deutlich zu Tage getreten.

Der Arzt, der das qu. Attest im November v. J. ausgestellt hatte, motivirte nun nach Aufforderung Ende Dezember v. J. dasselbe näher. In eine sehr klaren, interessanten, auch dem Laien verständlichen, kurzen Abhandlung führte er aus, dass der Knabe gehirnkrank sei und desshalb weder die Schule besuchen, noch zur Abbüssung seiner Diebstahlsstrafe angehalten werden könne.

Behufs Entlassung in vorliegendem Falle wurde dann der Regierungs- und Medicinalrath, der Verfasser, zur gutachtlichen Aeusserung aufgefordert. Unter Zuziehung des betreffenden Arztes nahm er die Exploration des Knaben unvermuthet für ihn und seine Eltern im Dorfe N. vor und war sein Befund dem des attestirenden Arztes im Wesentlichen gleich: Der Knabe, gegenwärtig 14½ J. alt, ist von ziemlich kräftigem Körperbau, von anscheinend gesundem Aussehen, aber von unsicherer Haltung und schwankendem Gange. Der Schädel ist verhältnissmässig klein und wenig gewölbt, die Stirn schmal und niedrig, grösstentheils vom Kopfhaar bedeckt. Beide Augen sind weit geöffnet, die Bindehäute geröthet, und beide Pupillen so abnorm erweitert, dass die Farbe der Iris kaum zu erkennen ist. Nur bei dichter Annäherung des Lichtes ziehen sie sich langsam und träge zusammen, erweitern sich aber auch dann ab und zu ruckweise.

Der Blick ist in Folge dessen ausdruckslos, bisweilen stier. (Auch die in einer Universitätsklinik ausgeführte ophthalmoscopische Untersuchung des Knaben ergab keine pathologischen Verhältnisse.) Der Mund steht meist offen; die Zunge wird gerade herausgestreckt. Die Sprache ist undeutlich, zuweilen stockend. Puls und Herzschlag sind regelmässig, aber retardirt (64 Schläge.) Sonst körperlich keine Anomalien nachzuweisen. — Auf Befragen klagt der Knabe nur über Kopfschmerzen, Schwindel und Brechneigung. Sein Alter, Jahr und Tag seiner Geburt kann er angeben. Die Wochentage und die Monate zählt er hastig und monoton in ziemlich richtiger Reihenfolge her, beantwortet aber Fragen, wie: welcher Tag folgt auf Dienstag? welcher Monat geht dem Mai voraus? welchen Monat haben wir jetzt? stets unrichtig. — Beim Lesen stösst er die ersten 2—3 Worte mühsam und richtig aber ohne Verständniss hervor, fängt dann an zu stocken, lässt ganze Silben, in der Regel die mittleren fallen, blickt starr in das Buch und hört dann ganz auf. Alle Fragen, die das practische Leben betreffen, beantwortet er entweder gar nicht oder mit einem monotonen: „ich weiss nicht" und bekundet hierbei eine unverkennbare Urtheils- und Gedächtnissschwäche. Im Ganzen steht er kaum auf der geistigen Stufe eines nur mittelmässig begabten 6—7jährigen Knaben.

Verf. führt dann aus, dass *Schwachsinn* eine der mehrfachen Abstufungen des Blödsinns sei, vom blossen Intelligenzdefecte, der Verstandesschwäche und der Dummheit an bis zum Stumpfsinn, der völligen Negation aller geistigen Thätigkeit, dem wirklichen Idiotismus und der Verthiertheit des Cretinen hinauf, welcher nur noch ein Zerrbild des Menschen darstellt. Die Diagnose dieser Zustände ergebe sich dem ärztlichen Sachverständigen in der Regel schon aus dem geistigen und körperlichen Gesammtbilde des Kranken. Anders stehe, namentlich den schwächeren Gradationen des Blöd-

sinns, der Laie gegenüber. Der Schwachsinnige habe (nach Guislain, Geisteskrankheiten, S. 174) oft das gefälligste Aeussere. Niemand argwöhnt anfangs seinen Geistesmangel und die Verkehrtheit seiner Neigungen. Er hat die Intelligenz keineswegs verloren, diese Kraft ist bei ihm nur geschwächt, unvollkommen. Er ist nach der Geburt so geworden; er drückt sich ziemlich richtig aus, aber das Urtheil fehlt ihm und meist auch das Gedächtniss. Schwachsinn ist sehr oft mit Characterfehlern associirt. Viele Schwachsinnige sind diebisch und haben einen listigen intriguanten Sinn, der die grösste Wachsamkeit zu täuschen vermag. Alle Schwachsinnige characterisirt die geringe Empfänglichkeit für Ermahnungen, und religiöse Strenge. Alle sind gleichsam unverbesserlich — eine Schilderung wie sie vollständig geeignet ist zur Aufklärung des so diametral von Laien und Sachverständigen beurtheilten Knaben. Denn es könne keinem Zweifel unterliegen, dass der Knabe schwachsinnig und auch gehirnkrank sei. Nicht jeder Gehirnkranke sei schwachsinnig, wohl aber jeder Schwachsinnige mehr oder weniger Gehirnkrank. Es gehe hier bei dem Knaben höchst wahrscheinlich im Innern der Schädelhöhle ein Krankheitsprocess vor sich, sei es eine Neubildung, ein Parasit, eine Entartung der Gefässwände oder ein partieller Druck durch Erguss von Blut oder Serum, und zwar im vorderen Theile der Basis, im Bereiche der nervi oculomotorii, deren Ciliarnervenfasern sich offenbar in einem lähmungsartigen Zustande befänden und durch ihre verminderte Energie die bei dem Knaben wiederholt und mehrseitig constatirte abnorme Erweiterung und Trägheit beider Pupillen bewirken müssen. Für das *spontane* Auftreten dieser Erscheinung spricht die Coincidenz derselben mit andern pathognomonischen Symptomen einer Gehirnkrankheit: die häufig mit Brechneigung auftretenden Kopfschmerzen und Schwindelanfälle und vor Allem der unverkennbar vorhandene Intelligenzdefect.

Es unterliege danach keinem Zweifel, dass der Knabe N. zur Zeit nicht mehr zum Schulbesuche angehalten werden könne und dürfe, da die Schule, ohne ihn irgendwie in seinen Kenntnissen fördern oder seine hartnäckige „Unbussfertigkeit und Verstocktheit" beseitigen zu können, seinen krankhaften Zustand voraussichtlich nur verschlimmern würde. Demgemäss verfügte auch die Aufsichtsbehörde dahin, dass der Knabe N. als schwachsinnig zu weiterem Schulbesuche nicht anzuhalten und von der Einziehung der gegen den Vater desselben erkannten Strafe auf Grund des bezüglichen ärztlichen Attestes Abstand zu nehmen sei. (Von besonderem Interesse ist der Fall schon desshalb weil so viele sogen. „competente Persönlichkeiten", wie Lehrer, Pastor und Schulinspector und Richter den Zustand des Knaben falsch beurtheilten, und ist das ihnen als Laien auch wohl zu verzeihen. Ref.)

Kohlmann (Remagen).

135) **Hospital.** (Clermont-Ferrand). Gutachten über einen Mörder, Melancholie. Freisprechung.

(Annales méd.-psych. Mai 1878.)

B. S. entstammt einer psychopath. Familie: der Grossvater väterl. Seits ist Trinker, Geizhals und ein sehr gewaltthätiger Mensch; der Vater erkrankte vor 19 J. an acuter Manie und ist seither im Irrenhaus; ein älterer Bruder endlich ist exquisiter Potator.

Explor. war von Jugend auf etwas schwachsinnig, verschlossen und im höchsten Grade unanstellig, so dass alle Versuche, ihn einen Beruf erlernen zu lassen, misslangen.

Auf Grundlage all dieser Factoren und auch unterstützt durch sehr ungünstige Familienverhältnisse, scheint sich allmälig eine eigentliche Psychose entwickelt zu haben, deren Hauptsymptome stets Apathie und Missmuth waren, und die schliesslich im 18. Lebensjahre zu einem Selbstmordversuche (mittelst Benzin) führten. Dieser Versuch wurde noch 2 Mal ohne Erfolg wiederholt, wobei auch das übrige Benehmen aller Welt die nicht mehr verkennbare Geistesstörung bewies. —

Trotzdem liess man ihn frei herumlaufen; bis es am 7. Febr. 1877 zum Verbrechen kam. An diesem Tag fand man Abends den alten Grossvater des Expl. furchtbar verstümmelt in seiner einsammen Wohnung. Zugleich war der Kasten erbrochen in welchem der alte sein Geld aufzubewahren pflegte; es fehlte Geld aber auffallender Weise lange nicht alles, was dort lag.

Der allgemeine Verdacht fiel sofort auf den Expl., dieser stellte sich dann auch am andern Morgen selbst der Polizei und legte dort ein unumwundenes und wortläufiges Geständniss seiner That ab.

Die Idee, zu tödten, sei ihm plötzlich und ohne Veranlassung gekommen und zwar schon 3–4 Tage vor der Ausführung. Zuerst habe er aber über die Person seines Opfers geschwankt und erst unmittelbar vor dem Verbrechen habe er sich für den Grossvater entschieden — er habe dessen Magd gesehen und das habe ihn definitiv bestimmt. —

Verf. schliesst in sehr ausführlichem und klarem Gutachten auf Unzurechnungsfähigkeit auf Grundlage „einer trübartigen Melancholie, einer Unterart der folie morale (? Ref.),

Expl. wird freigesprochen und der Irrenanstalt zur dauernden Behandlung übergeben.

Sury-Bienz (Basel).

---

## Berichtigung.

In Nro. 7. d. Centralblattes Seite 165 erste Zeile und Inhaltsverzeichniss 15 Zeile von oben muss heissen: Ganguillet statt Ganguilles.

---

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT
für
# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt
von
**Dr. med. A. ERLENMEYER,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — 1½ Bogen stark.**
Preis Halbjährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an. — Insertion auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 9. 1. Jahrgang. 1878.**

I.

## Aus der Salpetrière, Abtheilung von Charcot.

### *Ueber ein neues Verfahren bei der Metallotherapie.*

Von Dr. med. R. VIGOUROUX in Paris.

In einem Vortrage, welchen ich im November vorigen Jahres in der Société de Biologie gehalten habe, verbreitete ich mich über die Frage der sogenannten „Ueberplatten"*). Ich habe damals constatirt, dass bei der Application von Metallplatten, deren Wirkung zuerst von Burcq beobachtet, und später durch die von der Société de Biologie eingesetzte Commission**) studirt und geprüft worden ist, durch die Hinzufügung eines zweiten Metalls eine vollständige Veränderung in der Entwickelung der durch Anwendung des ersten Metalles entstehenden Erscheinungen eintritt, und ich will hier in wenigen Worten das Resultat meiner Beobachtungen wiederholen: Wenn bei einem Kranken durch Auflegung desjenigen Metalles, auf welches derselbe reagirt, die bekannten Folgeerscheinungen eintreten, und nun *über* die bereits applicirte Platte ein anderes Metall *auf das der Kranke nicht reagirt*, gelegt wird („Ueberplatte") so tritt in diesem Momente ein Stillstand in der Weiterentwickelung der metalloscopischen Symptome ein, mit anderen Wor-

*) „Ueberplatte" scheint mir die treffendste Uebersetzung von plaques superposées zu sein; später kommen auch „Nebenplatten" vor. E.

**) Vergl. die Arbeit von Kölliker „die Metallotherapie". Nro. 1. d. Bl.

ten die *Ueberplatte fixirt die Symptome in dem Momente, wo sie applicirt wird*, und diese Fixation der Symptome — ganz ohne Rücksicht auf ihre Qualität — persistirt so lange als die „Ueberplatte“ fixirt bleibt. Ich habe diese Fixation unter Einwirkung der „Ueberplatte“ während einer Woche andauern gesehen.

Bei jenem Vortrage erregte Dumontpallier in mir die Idee, die zweite Platte, die ich als „neutrale“ bezeichne, statt auf die erste, *neben* diese direct auf die Haut zu appliciren; („Nebenplatte“) ich habe die Versuche gemacht, und dabei gefunden, dass die Erfolge der „Nebenplatte“ vollständig denen der „Ueberplatte“ gleich sind. Wir werden weiter unten die Wichtigkeit dieser Thatsache kennen lernen. Beiläufig will ich hier nur noch erwähnen, wie leicht dieses Verfahren zu Irrthümern führen kann, wenn man gleichzeitig mit mehreren Metallen, oder in zu kurzern Intervallen experimentirt, und es ist ganz gewiss hierin nicht die geringste Ursache der verwirrenden Schwierigkeiten gelegen, denen man bei der metalloscopischen Untersuchung eines Kranken aus dem Wege gehen muss. Hierüber denke ich bei einer anderen Gelegenheit zu handeln; jetzt wieder zu den „Ueberplatten“.

Meine damalige Mittheilung, dass es möglich sei die metalloscopischen Wirkungen beliebig zu verlängern, führte kurz darauf zu glücklichen thrapeutischen Erfolgen, in dem Burcq eine junge Patientin, deren Hysterie der verschiedensten Behandlung getrotzt hatte, durch Application von Silber (worauf sie reagirte) mit Melchior*) als „Ueberplatte wieder herstellte, und Abadie einen gleichen Erfolg erzielte durch Kupfer mit Zinn als „Ueberplatte“.

Hiernach hat es den Anschein, als ob die Eigenthümlichkeit der „Ueberplatte“ von grosser praktischer Wichtigkeit sei, und ich habe es daher für angezeigt gehalten mein sehr einfaches therapeutisches Verfahren gerade hierauf zu gründen. Bevor ich dieses näher darstelle, will ich nur noch darauf ausdrücklich hinweisen, dass es durchaus nöthig ist, wenn anders der Effect der „Ueberplatte“ nicht ausbleiben soll, dass der Kranke auf das eine der angewendeten Metalle reagire, auf das andere nicht, und dass diese Bedingung nur dann anführbar ist, wenn mit dem Kranken eine ganz exacte metalloscopische Untersuchung angestellt wurde, die also niemals versäumt werden darf.

Die Thatsachen, auf welche sich das neue Verfahren gründet sind Folgende: Ausser den Metallen, deren specifische Wirkungen wir seit Burcq kennen, giebt es nach neueren Untersuchungen und Beobachtungen noch andere Agentien, welche die gleichen Wirkungen auslösen. Régnard hat dies für galvanische Ströme von bestimmter (sehr geringer) Intensität nachgewiesen, Charcot *und ich selbst* für den Magneten und die statische Electricität, anderer ähnlich wirkender Mittel hier nicht zu gedenken.**) Alle bewirken

*) Eine Legirung von Silber als Basis mit Zinn und Kupfer (und Blei?).

**) Westphal hat in seinen neuesten Versuchen die gleiche Wirkung auch bei gefirnissten, mit Siegellack überzogenen Metallplatten, bei knöchernen Spielmarken und bei Senfteigen gefunden. E.

gleiche Erscheinungen wie die Metalle und können diesen daher auch substituirt werden. Wenn z. B. durch eines dieser Mittel die Sensibilität sich wieder herstellt, oder an irgend einem Körpertheile Gefühllosigkeit entsteht, so wird, wenn auf diese Partie eine durch die metalloscopische Untersuchung als allein *nicht* wirksame Metallplatte applicirt wird, sowohl die Sensibilität, wie die Anaesthesie wenn auch nicht unendlich lange, so doch jedenfalls viel länger anhalten, als wenn die neutrale Platte nicht aufgelegt worden wäre. Diese Erscheinungen verlaufen genau in gleicher Weise wie im Falle der „Nebenplatten", also so, als wenn nach der Application der ersten, wirksamen, Platte die zweite, neutrale, neben die erste gelegt wird. Damit wäre also die Idee Dumontpallier's als richtig bestätigt.

*I. Beispiel:* Eine Patientin, die an *rechts*seitiger Hemianaesthesie leidet wird auf den Isolirschemel gesetzt; unter dem Einflusse eines einfachen electrischen Bades geht nach wenigen Minuten die Hemianaesthesie und die Achromatopsie auf die linke Seite über, und verschwindet dann. Jetzt wird auf dem rechten Arm der auf Zinn reagirenden Patientin ein knopfgrosses Stück Messing befestigt, am folgenden Tag sind die Hautanaesthesie und die Achromatopsie zurückgekehrt aber *links*.

*II. Beispiel:* Bei einer anderen Patientin mit totaler Anaesthesie kann das Gefühl auf dieselbe Weise wieder hergestellt werden, bleibt aber immer nur wenige Minuten nach der Operation bestehen. Eine Platte von Messing wird auf jeden Arm befestigt (die Kranke reagirt auf Zinc) und danach erhält sich die Sensibilität den ganzen Tag; ihr Verschwinden macht sich der Patientin durch ein eigenes Gefühl von Abspannung bemerklich.

*III. Beispiel:* Bei einer Patientin die auf Gold reagirt bleibt nach Auflegen eines kleinen Stückchen vergoldeten Kupfers die Sensibilität in den benachbarten Theilen während acht Stunden erhalten; die Anaesthesie erscheint sofort wieder nach Wegnahme des Kupfers.

Diese Beispiele mögen genügen. Wahrscheinlich ist, dass durch grössere Platten und häufigere, in kürzeren Intervallen erfolgende Anwendung derselben die Wirkungen sich intensiv und extensiv steigern lassen.

Hiermit glaube ich hinreichend dargethan zu haben, dass man mit Hülfe eines einfachen Metallstückes die Wirkung der Electricität, des Magnetismus, ebenso wie die der Metalle beliebig lange andauern lassen kann, indem man, wenn die durch die Anwendung obiger Mittel eingetretene Wirkung eine gewisse Intensität erreicht hat, ein durch die metalloscopische Untersuchung als „neutral" resp. nicht wirksam erfundenes Metallstück applicirt und dieses dann liegen lässt.

Die oft sehr umständliche metalloscopische Prüfung kann man sich dadurch sehr erleichtern, indem man gleich ein Metall verwendet, welches erfahrungsgemäss sich nur in den seltensten Fällen als wirksam erwiesen hat.

Bei dieser Gelegenheit will ich noch bemerken, dass sich diese dauernde Wiederherstellung gestörter Gefühle ebenso wie auf die allgemeine und spezielle Sensibilität so auch auf das Muskelgefühl

bezieht, eine Thatsache welche die glücklichste Anwendung bei der Behandlung gewisser hysterischer Localaffectionen finden kann, wenn man dabei die von Charcot und mir bei einem Fall von Paralyse mit Contractur angewandte Methode befolgt. Diese besteht darin, dass man in der entsprechenden Partie der anderen Körperhälfte einen Zustand etablirt, der jenem der einen Seite ähnlich ist, und den man hier vertreiben will; dadurch wird eine Art von Translocation der ursprünglichen Erkrankung geschaffen, unterdessen die frisch provocirte Affection leicht verschwindet. Die Details dieser Methode werde ich demnächst publiciren; hier wollte ich nur darauf hinweisen.

---

## II.

## Die Versammlung oesterreichischer Irrenärzte zu Wien am 25. 26. und 27. Juli 1878.

Bericht von Dr. SMOLER in Prag.

Aus Anlass des 25jährigen Bestandes der Wiener Irrenanstalt wurde eine Versammlung von Irrenärzten in Wien einberufen, um verschiedene auf das Irrenwesen Oesterreichs bezügliche Fragen zu discutiren. Mit Uebergehung alles Nebensächlichen wenden wir uns gleich zu den Fragen, welche zur Discussion gelangten.

1. Erfahrungen über die eigene Regie in oesterreichischen Irrenanstalten. Prof. von Krafft-Ebing hatte es übernommen, diese Frage zu beleuchten und zur Discussion zu bringen. Die Zahl der Genesungs- und Todesfälle — ob zwar letztere ab — letztere zunehmen bei Eigenregie — kann doch nicht gut verwerthet werden, um deren Vorzüge ad oculos zu demonstriren. Wichtiger ist schon der Geist der Ordnung und Zufriedenheit der bei Eigenregie herrscht, im Gegensatz zu dem Geiste in jenen Anstalten, wo die Ausspeisung der Kranken einem Pächter überlassen wird. Der Beschäftigung der Kranken wird bei Eigenregie vortrefflich entsprochen, die Vortheile wachsen aber noch bei Anstalten mit grosser Oeconomie. Behält die Anstalt diese in eigner Hand, so kann sie den Pächter nicht gut zwingen, ihr die Producte abzunehmen, es wird sich daher wohl die Nothwendigkeit einstellen, die Oeconomie dem Pächter zu überlassen. Damit aber muss man ihm gleichzeitig Kranke zur Arbeit liefern, und beides hat grosse Uebelstände. Dort führt es, zumal bei kurzen Pachtperioden, zur Ausnutzung des Bodens, zum Raubbau, hier zur Ueberanstrengung der Kranken zu Nörgeleien bei der Zahlung ihrer Arbeit etc. Die guten Arbeiter werden durch allerlei Mittel angelockt, die schlechten, schwachen vor den Kopf gestossen, und so geht ein guter Theil des moralischen und pecuniären Vortheils der Arbeit verloren. Der Traiteur und sein Personal ist etwas der Anstalt Fremdes, man hat nicht volle Gewalt über das fremde Element. Es macht Schwierigkeiten eine geeignete Persönlichkeit für den Traiteur zu finden, Strafen und Cautionsverluste geben keinen genügenden Schutz. Schwer ist es

ferner, einen für beide Theile befriedigenden Vertrag zu finden; bei grosser Billigkeit leiden die Kranken, bei höhern Preisen kommt zumal bei langer Contractdauer leicht das Land zu Schaden. Die Nachtheile der Eigenregie treffen nur die Beamten, für die aus derselben ein grosser Zuwachs an Arbeitsleistung resultirt, doch ist dieser verschwindend klein gegen die Freude die man hat über die erzielten Ersparnisse und über die Zufriedenheit der Kranken wegen der bessern Kost. Die Leitung der Eigenregie liegt in der Hand des Arztes, für die Beschaffung der Lebensmittel haben Beamte zu sorgen, die sich in die Arbeit theilen. Es genügen 2, ein Verwalter der die Beschaffung der Vorräthe und die Verrechnung besorgt, und ein Oeconom als Leiter der Küche, der Feld- und Stallwirthschaft. Allerdings erfordern diese Stellen redliche Charactere, dann aber auch Kenntniss der Buchführung, der Waarenkunde, Oeconomie etc. Sie müssen Caution legen, aber ordentlich gezahlt sein. Der Director hat die Qualität, die Beamten die Quantität der Speisen zu controlliren. Der Director muss über grössere Summen disponiren können, nicht bei grössern Beträgen sofort berichten müssen. Man gibt ihm über mehrere Hunderte freie Hand und bindet ihn einfach durch das Budget. Wichtig, aber nicht gerade unerlässlich, ist eine Vereinfachung der Beköstigung, in Graz gibt es nur 2 Portionen, eine für die I. und II. eine für die III. Classe; dann eine Reconvalescentenkost, die aber nicht viel abweicht. Als die Abspeisung der Kranken verpachtet war, kam die Kost auf 52, 68 Kreuzer pro Tag und Kopf, und sank bei Eigenregie auf 41, 45 — 29 Kreuzer, im Durchschnitt auf 32,387 pro Tag und Kopf. Die Kranken kosteten früher 97, 15, bei der Eigenregie 78,22 Kreuzer pro Kopf und Tag, und wurden daher 18,93 pro Kopf und im ganzen Jahre 26,346 fl. erspart, der Erfolg der Eigenregie muss daher als ein sehr günstiger bezeichnet werden. Wichtig ist aber noch der Umstand, dass bei der Eigenregie die Zahl der Todesfälle sehr abgenommen hat, die Tuberculosen werden seltener, Scorbut ist seit ihrer Einführung gar nicht mehr in der Anstalt vorgekommen.

Dr. Birnbacher aus Klagenfurt hatte Tabellen eingesendet, welche ebenfalls die oeconomischen Vortheile der Eigenregie beleuchten. Es wurde nun eine auf die Eigenregie bezügliche Resolution vorgeschlagen, welche zu einer scharfen Debatte führte, da Dr. Smoler den Ausdruck Resolution und Abstimmungen überhaupt unzulässig fand. Das Wort Resolution wurde fallen gelassen, und die Versammlung sprach sich dahin aus, *dass die Einführung der eigenen Regie die vollkommenste aller Verpflegungsarten für Geisteskranke sei, vorausgesetzt, dass deren Durchführbarkeit gesichert ist.* (Meynert.)

2. Ueber die Aufnahme von während der Strafhaft geisteskrank gewordenen Verbrechern in Irrenanstalten.

Der Landes-Ausschuss-Beisitzer Dr. Schrank, der das Referat über die Irrenanstalten Nieder-Oestereichs hat, hielt einen glänzenden Vortrag, dessen Hauptpunkte folgende waren: Sträflinge sind ein Uebel für die Anstalt; und der Landtag hat im Vorjahre

die Resolution gefasst, dass deren Aufnahme in Irrenanstalten unthunlich sei. Eben so unthunlich ist aber ihr Verbleiben in der Strafhaft, und es wurden daher Conferenzen mit der Regierung vorgeschlagen, was mit ihnen zu geschehen habe. Ueber die Frage, ob sie in einer besondern Centralanstalt, wie in England etc. oder in besondern Abtheilungen der Strafhäuser versorgt werden sollen, wurde bisher keine Einigung erzielt, darüber sind aber alle Aerzte einig, dass sie aus den Irrenanstalten fort müssen. Sie kommen meist unheilbar in die Anstalt; würde man humaner verfahren, und sie zeitlich abliefern, so kämen viele Simulanten. Diese müssten in der Anstalt strenger gehalten, fester verwahrt werden. Das hätte dann aber auf alle andere Kranken einen nachtheiligen Einfluss; das Wartepersonal würde keinen Unterschied machen, alle Insassen der Anstalt gleich fest halten, mit gleichem Misstrauen ansehen etc. und aus dem Asyle würde einfach eine etwas bessere Strafanstalt. Auch in den Augen des Publikums leiden unter diesem Verhältniss die Anstalten, man sieht sie ohnediess nicht für Heil- sondern für Zwangsanstalten an, das Publikum wird so in seiner Ansicht bestärkt, in dem sich allmälig Bahn brechenden Glauben, dass es Humanitätsanstalten seien, irre. Die Regierung sagt, sie könne auf dieses Ansinnen nicht eingehen; in den jetztigen Strafanstalten können die Verbrecher, wenn sie geisteskrank geworden nicht bleiben, auch gehen sie den Staat nichts mehr an, wenn sie geisteskrank sind, sondern fallen der Landesversorgung anheim. Das Land hat für ihre Unterbringung in den Anstalten zu sorgen, für deren feste, sichere Verwahrung daselbst. Es sind an den meisten Strafanstalten keine genügende Räume für somatisch Erkrankte, geschwiegen denn für Geistesgestörte. Diese Angaben der Regierung sind aber sehr traurig, und es muss abgeholfen werden. Die Regierung darf es nicht mehr für überflüssig halten, Vorkehrungen zu treffen, zu denen sie doch alle Mittel hat, denn sie hat in den Strafanstalten das nöthige Personale — Beamte, Aerzte, Wärter — sie hat dort die Mittel zur festen Verwahrung, Zellen etc. und was nicht da ist, kann leicht eingerichtet werden. Der pecuniäre Nachtheil ist nicht der Rede werth gegenüber den imensen Vortheilen. Auch die deutschen Irrenärzte haben sich dahin ausgesprochen, dass die Aufnahme geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten unthunlich ist, dass sie in den Strafhäusern behandelt werden sollen; der nieder-österreichische Landtag wird, gestützt auf das Votum der Fachmänner, neue Schritte in dieser Angelegenheit thun, und bittet der Redner daher die Versammlung einstimmig zu erklären, *dass die Aufnahme geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten nicht zulässig, wenigstens nicht human ist.*

Leidesdorf betont den Unterschied zwischen den sog. verbrecherischen Irren und geisteskrank gewordenen Verbrechern: erstere gehören in Irrenanstalten, letztere sollten in Strafhäuser bleiben. Krafft-Ebing unterscheidet Affect- von Gewohnheits-Verbrechern, ersteren möchte er die Irrenanstalt nicht verschliessen, letzteren absolut, sie sollen in den Strafhäusern bleiben. Die Ver-

sammlung sprach sich endlich einstimmig dahin aus: *es seien Sträflinge, wenn sie geistig erkranken, in Irrenanstalten nicht aufzunehmen.*

3. Ueber Irrenstatistik und Irrenzählung in Oesterreich.

Dr. Gauster hielt einen eingehenden Vortrag über die Statistik der Geisteskranken innerhalb und ausserhalb der Anstalten, dessen Reproducirung hier unterbleibt, da es sich eigentlich nur um eine Wiederholung des „Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien über die Nothwendigkeit einer Irrenzählung“ handelte, das jeder leicht im psychiatrischen Centralblatt nachlesen kann. (1878 Nro. 1. 2. 3. und 4.) Die Schlusssätze des Vortrages lauteten: 1. die derzeit amtlich vorgeschriebenen tabellarischen Jahresrundreisen für Irren-Anstalten bedürfen dringend umfassender Verbesserung. 2. die gelieferten statistischen Nachweisungen sind durch Irrenärzte zu revidiren. 3. Zur Feststellung der nothwendigen Verbesserung ist fachmännischer Beirath unbedingt nöthig. 4. Die vorgeschriebenen Nachweisungen der ausser Anstalten befindlichen Geisteskranken sind ganz unverlässlich. *Es wäre daher die Volkszählung zur Constatirung der vorhandenen Geisteskranken, wo möglich unter Zuhilfenahme von Zählblättchen zu verwerthen.*

Es folgte eine längere Debatte, an der sich besonders Mitglieder des statistischen Bureaus, die Regierungsräthe Schimmer und Rossival betheiligten. Im Wege der Volkszählung sei für Irrenstatistik gar nichts zu erreichen. Der Agent der Zählung kann oder wird nicht die Frage nach Geisteskranken stellen, auf die allenfalls gestellte Frage aber gewiss keine Antwort erhalten. Schon die Zählung der Blinden und Taubstummen hat ein erbärmliches Resultat geliefert, die Zählung der Geisteskranken würde aber noch weit hinter diesen zurückbleiben. Auch gegen Zählblättchen, so vorzüglich auch sonst diese Methode ist, sprach man sich aus, zumal wegen Mangel an Bildung in vielen Theilen der Monarchie. Weiter finde eine Volkszählung nur alle 10 Jahre statt und könne daher den Zwecken der Irrenstatistik nicht genügen. Es seien vielmehr die bestehenden Gesetze bezüglich der Erhebung und Evidenzhaltung der Irren in entsprechender Weise zu handhaben. Uebrigens werde dem Wunsche der Versammlung, mit der Volkszählung eine Irrenzählung zu verbinden, Rechnung getragen werden, doch nicht mittelst Zählblättchen, deren Einführung bei der nächsten, im Jahre 1880 stattfindenden Volkszählung aus praktischen Gründen unmöglich sei.

4. Ueber die Nothwendigkeit psychiatrischer Kenntnisse für den praktischen Arzt und über den dermaligen Stand des klinischen Unterrichts in der Psychiatrie in Oesterreich.

Meynert sprach beiläufig Folgendes: Aerzte die nicht Fachmänner sind, glauben oft durch ein psychologisches Raisonnement auf Geisteskranke einwirken zu können, oder sie behandeln nicht expectativ, symptomathisch, sondern — und selbst Koryphaeen unter den sog. Practikern im Gegensatz zu Irrenärzten — sie wenden oft sehr eingreifende Kuren an, senden die Kranken in Kaltwasser-

heilanstalten etc. und befördern so die Paralyse. Die Fachärzte sind an die Anstalt gebunden, können nicht Kranke ausserhalb in Behandlung übernehmen, diese fällt den Aerzten, die nicht an Anstalten gebunden sind zu, und desshalb soll jeder Arzt die Fähigkeit besitzen, Kranke die nicht absolut in eine Anstalt geschickt werden müssen, behandeln zu können. Dieselben Aerzte entscheiden aber auch über die Nothwendigkeit der Anstalt für einen Kranken, die doch kein Universalheilmittel ist, sondern nur unter Umständen die wichtigste Maassregel. Handelt es sich um die Beurtheilung der Gefährlichkeit eines Geisteskranken, so treten neue Schwierigkeiten auf, denn sagen, der Kranke kann gefährlich werden, heisst nicht viel mehr, als wenn man sagt, jeder Mensch kann einmal gefährlich werden. Die Amtsärzte können mit den Jahren viel beobachtet haben, und dann so urtheilsfähig sein, wie ein Irrenarzt, im Allgemeinen kommt diess aber nicht vor, wie zahlreiche Gutachten lehren. Und doch sind ihnen die wichtigsten Entscheidungen anvertraut. Etwas ist allerdings durch die Physicatsprüfungen geschehen, bei denen Psychiatrie verlangt wird, doch genügt das lange nicht, denn Physicatsprüfungen werden auch in Städten abgelegt, wo kein psychiatrischer Unterricht ist, also Niemand, der nur diesen Gegenstand prüfen kann. (Dass es aber Städte gibt, in denen zwei Lehrer der Psychiatrie consequent zu den Physicatsprüfungen nicht zugezogen werden, scheint dem geehrten Redner unbekannt geblieben zu sein, er hätte sonst gewiss sein Urtheil über diese Städte — oder sagen wir es direct, über die Stadt Prag um dieses Vorgehen nicht zurückzuhalten.) Die dreimonatliche Theilnahme der Aerzte an den Visiten einer Irrenanstalt nützt absolut nichts, die Anstaltsärzte haben nicht Zeit, sie zu unterrichten, sich mit ihnen abzugeben. (Die Aerzte selbst nicht allzu oft den Willen etwas zu lernen.) Jeder Arzt, jeder Wundarzt kann Experte bei Geisteskranken sein, und da kommen unglaublich grosse Irrthümer vor über die Psychose, deren Beginn, Dauer etc. Was den Umfang des psychiatrischen Unterrichts in Oesterreich anbelangt, so steht obenan Wien mit 3, dann Prag mit 2 Vertretern des Faches, weiter Graz und Innspruck. Ein Wintersemester ist aber schon ein zu kurzer Zeitraum für den Unterricht, und wie viel weniger genügt ein Sommersemester. Weil Psychiatrie kein Prüfungsgegenstand ist, kann man sie nicht einmal täglich vortragen, sonst bekommt man keine Zuhörer. In Deutschland wird sie wohl mit der Zeit Prüfungsgegenstand werden, wenn das Studium der Medicin auf mehr Semester ausgedehnt wird, in Oesterreich, wo jetzt schon 10 Semester obligat sind, könnte sie sofort Prüfungsgegenstand werden. Der Redner beantragt somit, die Versammlung wolle erkennen: 1. Dass die vorhandenen Fachärzte, besonders bei ihrer Stellung zu den Anstalten, für die Behandlung der Irrenzahl ausserhalb der Anstalten unzulänglich sind. 2. Dass darum die Behandlung dieser Irren nothwendig den praktischen Aerzten zufallen muss, und dies auch zur Verhütung des Zuwachses solcher Kranken in den Anstalten sehr wünschenswerth ist, für welche eine Indication, sie in Anstalten zu geben, nicht besteht. 3. Dass die foren-

sischen Gutachten der in der Psychiatrie nicht gründlich unterrichteten Aerzte im Allgemeinen durchaus nicht das für das Gemeinwohl erforderliche ärztliche Urtheil bekunden. 4. Dass der Unterricht in der Psychiatrie aus den erwähnten Gründen allen Aerzten nothwendig ist. 5. Dass die allgemeine und fruchtbare Benützung dieses Unterrichtes nur durch Einführung der Psychiatrie durch das Unterrichtsministerium als Prüfungsgegenstand bei den Rigorosen erreichbar ist.

Leidesdorf meint die Nothwendigkeit des Unterrichtes und die Wichtigkeit dieser Vorschläge werde wohl beherzigt werden, da sie von einer solchen Versammlung ausgehen. Es besteht eine Aversion gegen Irrenärzte, man entschliesst sich schwer, sie in eine Familie zu rufen, daher sollen die practischen Aerzte Geisteskranke behandeln, wodurch auch eine Entlastung der Anstalten ermöglicht wird. Das Studium der Psychiatrie befördert aber die höhere Bildung überhaupt und ist auch aus diesem Grunde hochwichtig. So wie aber die anderen Gegenstände geprüft werden, und hauptsächlich aus diesem Grunde etwas gelernt wird, so muss es auch mit der Psychiatrie der Fall sein. Die Studenten sind mit Arbeiten überlastet, und besuchen darum weniger die Curse, über Gegenstände, welche nicht geprüft werden. Die Physicatsprüfungen haben die Sache etwas gebessert. Jeder Arzt kann Beamter werden, Gutachten abgeben, und auf Grund solcher sind oft ganz entsetzliche Urtheile gefällt worden. (Vergl. z. B. den himmelschreienden Fall von Leidesdorf in dessen Aufsatz: Ueber epileptische Geistesstörung. — Med. Jahrbücher, 1875. 2. Heft. Ref.) Daher bedürfen alle Aerzte psychiatrischer Bildung, dass sie zur Abgabe von Gutachten berufen werden können. Die Psychiatrie selbst wird übrigens durch den klinischen Unterricht gefördert, ihr Fortschritt wird wenigstens schneller, als dies sonst möglich war. Alle Abtheilungsvorstände aber, gleichgiltig ob Professoren und Docenten oder nicht — sollen Unterricht in der Psychiatrie ertheilen, sollen Irrenärzte heranbilden. Mit der Zunahme der Anstalten wird bei guter Auswahl der Abtheilungsvorstände bei dem raschen Wechsel der Secundärärzte sehr viel Gutes geleistet werden. Indem noch Krafft-Ebing die Nothwendigkeit sog. Beobachtungsstationen in Städten, wo keine Irrenanstalt in der Nähe des dem klinischen Unterricht dienenden Spitals besteht, hervorgehoben und weiter betont hatte, beim psychiatrischen Unterricht solle möglichst wenig Zeit verloren gehen, sprach sich die Versammlung einstimmig für die obigen Vorschläge aus.

5. Ueber den gegenwärtigen Stand der Irrengesetzgebung und

6. Erfahrungen über freie Behandlung der Irren in österreichischen Anstalten.

Schlager theilt die Gesetze in politisch administrative und in Justitzgesetze; letztere sind vortrefflich, werden aber meist durch erstere paralysirt. Er erwähnt die Verdienste der Kaiserin Maria Theresia, Kaiser Josef II und Franz I, das Straf- und Civilgesetzbuch, verschiedene Handschreiben, eigenhändige Randglossen des

Kaisers auf manchen Erlässen etc. Einzelne Paragraphen des bürgerlichen Gesetzbuches können als das Ideal der Gesetzgebung bezeichnet werden, (z. B. 21, 187, 189, 281.) doch zeigen neuere Gesetze auf diesem Gebiete, z. B. das Gesetz vom Mai 1874 über Errichtung von Privat-Irrenanstalten, dass eine generelle Ordnung der Irrenverhältnisse nicht im Sinne war. In Oesterreich sind wie in Deutschland die gesetztlichen Bestimmungen nicht in ein einheitliches Ganzes zusammengestellt und es ist fast unmöglich, sich über die zu Recht bestehenden diessbezüglichen Verhältnisse ein klares Bild zu verschaffen. Es ist unbedingt nothwendig, dass der Rechtsschutz des Geistesgestörten vom Momente des Beginnes seiner Krankheit bis zur Genesung oder zum Tode vollkommen und klar gesichert sei. In unserer Irrengesetzgebung sind aber Terminologie und Ausführungsbestimmungen, Verfügungen über Bestattung und Aufhebung der Curatel etc. mangelhaft. *Das österreichische Gesetz in Bezug auf das Irrenwesen ist lückenhaft und eine succesive Verbesserung und Ergänzung desselben nothwendig.* Die Versammlung erklärte sich einhellig mit dem Vortragenden einverstanden, ebenso mit dem Zusatze, die Versammlung wolle als wünschenswerth aussprechen, *dass die Regierung behufs eventueller Berrathung eines Irrengesetzes eine Enquète unter Zuziehung von Irren- und Gerichtsärzten so wie Juristen einberufen möge.*

Zur Durchführung der freien Behandlung ist Reform der Irrengesetzgebung eine wesentliche Bedingung. Wo man nicht überzeugt ist, dass die Irren — ob inner ob ausserhalb der Anstalt — eines besondern Schutzes bedürfen, da hat der Arzt mit Vorurtheilen und Mängeln zu kämpfen. Zu den grossen Errungenschaften der letzten 25 Jahren gehört die Durchführung der freien Behandlung, zu der vor mehr als 40 Jahren die ersten Ideen von England ausgingen. (Schon Pienitz plaidirte für theilweise Abschaffung der Zwangsmittel indem er darauf drang, selbe so selten und so kurz als möglich anzwenden, und Pinel proclamirte im Prinzip die Abschaffung derselben. Die Anhänger der Manutension können aber sogar bis auf Coelius Aurelianus zurückgehen, der da sagt: facilius est aegrotos ministrantium manibus, quam vinculis retinere. Ref.) Der Redner kommt sodann auf die Gegner und Anhänger dieser Methode, und hebt einzelne Männer hervor, namentlich Spurzheim in Ybs, Meyer in Hamburg etc. (Eschenburg in Lübeck Ref.) die sich durch die freie Behandlung der Irren grosse Verdienste erworben. Zur Durchführung der freien Behandlung gehört eine Reihe von Bedingungen, deren wesentlichste folgende sind. Der Director muss alle Vollmacht in seiner Hand vereinigen; er darf nicht durch die Verwaltungtungsbeamten gehemmt, ihnen coordinirt oder gar subordinirt sein, ein Verhältniss das z. B. in Linz besteht, nicht genug getadelt werden kann und eine wahre Schande für das constitutionelle Oesterreich bildet. (Laute, lebhafte Bravos! dieses Verhältniss in Linz wurde übrigens schon vor Jahren mit kaum minder scharfen Worten von Gauster und Smoler an verschiedenen Orten getadelt — selbstverständlich ohne allen Erfolg! Ref.) Die baulichen Einrichtungen der Anstalt müssen den

Anforderungen der heutigen Wissenschaft entsprechen, in alten, schlecht gebauten, überfüllten Anstalten stösst man auf kaum zu überwindende Schwierigkeiten. Eine Hauptbedingung ist ein gutes Wartpersonale. Der Arzt darf ferner nicht durch administrative Maassregeln und Verordnungen gehemmt sein, ihm muss die moralische und materielle Unterstützung der der Anstalt vorgesetzten Behörden zur Seite stehen. Man darf nicht ängstlich nachrechnen, wieviel zerrissen und zerschlagen worden, wie viel die freie Behandlung im Anfang mehr kostet. Es muss für bessere Ernährung der Kranken, für möglichste Berücksichtigung ihrer Wünsche gesorgt werden, endlich für eine ordentliche Controlle durch Nachtwachen etc. Doch will der Redner nicht behaupten, dass nie und nimmer ein Zwang angewendet werden darf, er kann vielleicht ausnahmsweise nothwendig werden, und er wäre nicht für die zwangsweise, imperative Einführung der freien Behandlung, sie muss sich allmälig herausbilden.

Hornung stimmt dem Redner aus vollem Herzen bei, nur will er in einzelnen Fällen Schutzmittel anwenden, z. B. um die Kranken im Bette zu halten, wenn sie Nachts herumlaufen, nicht im Bette bleiben. Krafft-Ebing meint, er wollte an keiner Anstalt dienen, an der der Gebrauch der Zwangsmittel, wie etwa in England, statutarisch verboten ist; er könne sie in einzelnen Fällen nicht entbehren, z. B. bei Onanie, bei Kranken mit Hirnanämie, denen die horizontale Lage im Bette so gut thun, sie aber nicht im Bette bleiben. Smoler dankt dem Vorredner, dass er den Muth hatte, seine Meinung offen auszusprechen, auch er glaubt, Beschränkungsmittel in einzelnen Fällen nicht entbehren zu können. Er acceptirt aber weder die Indication von Hornung, die auch von Blandford gestellt wird und von S. schon früher bei einer Kritik dessen Werkes über Seelenstörungen bekämpft wurde, noch die andere von K.-E. dagegen hält er sie für unentbehrlich bei einzelnen hartnäckigen Selbstverstümmlern, z. B. solchen die sich die Augen ausbohren wollen, bei einzelnen Augenkrankheiten (hier werden sie auch in Meerenberg für zulässig gehalten) bei vorzunehmenden Einträuflungen in die Augen, bei chirurgischen Operationen (wo sie selbst Dahl zulässt, und Rose). Ob sie bei der Zwangsfütterung unentbehrlich sind, wagt Redner wegen Mangel an Erfahrung nicht zu entscheiden, eben so wenig bei Koprophagie, doch glaubt er in letzterem Falle sie entbehren zu können. Nachdem noch Meynert und Schlager gegen Krafft-Ebing und Smoler gesprochen, indem diese Regeln für die Anwendung der Zwangsmittel aufstellen, die doch nur ausnahmsweise angewendet werden dürfen, sprach sich die Mehrzahl der Versammlung für die Ansichten Schlager's aus und trennte sich mit dem Wunsche auf Wiedersehen im nächsten Jahre, ein Wunsch, der noch am Abende des letzten Sitzungstages bei einem Bankette, das der Landes-Ausschuss zu Ehren der anwesenden Irrenärzte veranstaltet hatte, lebhaften Ausdruck fand. Indem Ref. seinen Bericht schliesst, kann er nur in diesen Wunsch einstimmen, und die Bitte an die Leser richten, den Bericht eben so objectiv aufzunehmen, als er

sich bemüht hat, ihn objectiv zu halten. So nahe die Verlockung zu einzelnen Bemerkungen und Randglossen lag, Ref. hat es über sich gebracht, sie zu unterdrücken, nur auf die Abstimmungen in wissenschaftlichen Gegenständen, auf die psychiatrischen Resolutionen nochmals zurückzukommen, kann er sich nicht versagen, allerdings zu anderer Zeit und an anderem Orte.

# Referate.

136) **Dario Maragliano e Guiseppe Seppilli**: Studi clinici a contributo dell'azione delle correnti elettriche, dei metalli e delle magneti in alcuni casi di anestesia.

(Ria speriment. di freniatriv. e di med. leg. Anno IV. fasc. 1 pag. 36—52.)

Bei dem grossen Interesse, welches die sogenannte Metallotherapie oder Metalloscopie gegenwärtig erregt, halten wir es für geboten, die hierhergehörigen Versuche der obengenannten Autoren, welche dieselben in der zum Irrenhause in Reggio zugehörigen psychiatr. Klinik angestellt haben, ausführlich wiederzugeben, einige kritische Bemerkungen für den Schluss uns aufsparend. Bekanntlich waren die schon i. J. 1849 angestellten, und bald wieder in Vergessenheit gerathenen Versuche von Burcq im vorigen Jahre von Charcot wieder aufgenommen worden, und dessen darüber veröffentlichten Mittheilungen (Gaz. d. Hopit 1877. Nr. 9), sowie ganz besonders die später von Gellé und Landolt dabei beobachtete Uebertragung der Sensibilität von einer Seite zur andern waren allerdings in hohem Grade geeignet, die medicinische Welt in Erstaunen zu setzen. Dass die therapeutischen Erfolge angeblich bei reiner Hysterie nur vorübergehend, bei anatomischen Läsionen aber (hinterer Abschnitt der inneren Kapsel) von Dauer waren, — ein Umstand, den bald darauf Galezowsky (Progr. med. 1878 Nro. 4 und 5) bestätigte, — liess die Sache noch wunderbarer erscheinen. Bald darauf konnten Charcot und Vigouroux (Trib. med. 78. Nro. 498) dieselben Resultate, welche anfänglich durch Auflegen von verschiedenen Metallen erreicht wurden, auch durch die Applikation von Magneten und durch Anwendung sehr schwacher galv. Ströme constatiren, wobei bemerkt werden muss, dass Maggiorani*) und Bianchini**) bereits i. J. 1869 resp. 1870 den Einfluss von Magneten auf „nervöse“ Individuen behauptet und an klinischen Fällen demonstrirt hatten. Bei diesen auf diese Art geheilten oder zeitweise gebesserten Fällen von Anästhesie handelte es sich bekanntlich nicht nur um den mehr oder minder vollständigen Verlust der Hautsensibilität in ihren verschiedenen Qualitäten, sondern auch um die Erscheinungen der Amblyopie, Acromatopsie, Discromatopsie, sowie um den Verlust des Gehörs, Geruchs und Geschmacks auf der kranken Seite jener Patienten. — Die neuen, nunmehr mitzutheilenden Experimente der Herren Maragliano und Seppilli

*) Vergl.: La magnete e i nervosi.
**) Vide: Imparziale 1870.

haben, wie wir gleich voraufschicken wollen, die bisher behaupteten Thatsachen vollständig bestätigt und obenein noch einige neue Thatsachen zu Tage gefördert, — allerdings vorausgesetzt, dass die angewandte Methode sowohl, wie die angeführten Resultate selbst keinen die Beweiskraft mindernden Einwurf gestatten.

Im Ganzen werden 19 Versuche mitgetheilt, die an nur drei Individuen gemacht wurden. Leider sind die Angaben über den jedesmaligen Status praesens nicht erschöpfend genug, um die Richtigkeit der gestellten Diagnose mit aller Sicherheit zu beweisen; *sicher* ist nur, dass es sich im *dritten* Falle um ein organisches Leiden gehandelt hat, während die beiden ersten Fälle *sehr wahrscheinlich* zu der sehr dehnbaren Kategorie der Hysterie gehören. Die Verf. haben in jedem Falle vor Beginn des Experiments die Schmerz- Contakts- und thermische Empfindung des Individuums festgestellt, (— auf welche Art wird nicht gesagt, —) und zur Messung der electr. Sensibilität sich des Du-Bois-Reymond'schen Schlittenapparats bedient, mit welchem vor und nach dem Experiment der geringste noch empfundene electr. Reiz auf bekannte Weise gemessen wurde.

In dem *ersten* der Fälle handelte es sich um ein 28jähriges Mädchen, Tochter einer „hysterischen" Mutter. Seit der Pubertät hat es an allgemeinen Convulsionen gelitten, denen später *psychische* Störungen folgten, und wiederholt die Aufnahme der Kranken in die Anstalt nöthig machten. Menstruation stets unregelmässig. Jetzt stellen sich häufig Convulsionen ein, die den Charakter der Hystero-Epilepsie tragen. Die *Sensibilität ist auf der ganzen rechten Körperhälfte in beträchtlicher Weise verringert*, auf der *linken normal.*

I. Experiment: Der mittlere Theil der vorderen Fläche beider Vorderarme wird geprüft. Rechts ist die Contact-Sensibilität gänzlich geschwunden, die thermische und Schmerzempfindung verringert. Die electrocutane Sensibilität wird rechts durch Nr. 13, links durch Nr. 14 (am Schlittenapparat) gemessen. Auf den rechten Vorderarm wird *15 Minuten* lang *ein Hufeisenmagnet* gelegt, dessen magnet. Kraft durch ein Gewicht von 300 Gramm repräsentirt wird. (Der Kürze halber nennen wir diesen Magnet: A.) *Nach* dieser Applikation zeigt sich: *Rückkehr* der Contakt- und *Vermehrung* der Schmerz- und Thermo-Sensibilität, *ebenso der electrocutanen, die jetzt rechts = 14 und links = 13 ist.*

II. Experiment: Mittlere Zone der Vorderfläche der Schenkel. Die Sensibilitätsverhältnisse wie oben. Electrocut. Sensibil. rechts = 10, links = 11. Magnet A auf die Zone rechts durch 15 Min. applicirt. Hiernach *bleibt* die Sensibilität *links dieselbe, rechts* sind die drei Sensibilitätskategorien *normal* geworden, die *electrocutane beiderseits = 11.*

III. Experiment: Auf die regio superciliaris dextra, wo die Sensibil. Qualitäten verringert sind, und die electrocutane=13, während dieselbe links = 15 ist, wird durch 15 Minuten ein *constanter Strom* „mittlerer Intensität" (— eine nähere Angabe wäre hier sicher geboten gewesen. Ref. —) applicirt. Hiernach ist die

electrocutane Sensibilität beiderseits =14. (Man vermisst leider jede Andeutung über die Art und Weise der Application. Ref.)

Die folgenden Experimente sind an einem weibl. Individuum von 25 Jahren gemacht, über welches weiter nichts mitgetheilt wird, als dass es an einer Hystero-epilepsie mit manikalischen Anfällen leide, und dass dies ein sehr interessanter Fall sei, der in der nächsten Nummer der Rivista mitgetheilt werden würde. Nur in Bezug auf die Sensibilität wird bemerkt, dass auf der linken Körperhälfte, speciell an den zur folgenden Untersuchung dienenden Stellen, *vollständiger Mangel* der Schmerzempfindung, der Contaktsensibilität und der thermischen, — aber nur für warme Körper-, sowie *Verringerung* der electrocutanen Sensibilität bestehe. Die folgenden Experimente sind in längeren Pausen gemacht, um den etwaigen Einfluss der Reize auf die Sensibilität der anderen Körpertheile zu eliminiren.

IV. Experiment. Regio superciliar. Electrocut. Sensib. rechts = 13, links = 10. Application des Magnet A auf der linken Seite transversal, der Nordpol nach aussen. Hierauf kehrt die Schmerzempfindung links zurück in einer 2 Cm. transversal und 4 Cm. vertikal messenden Zone, deren Mittelpunkt der Stelle des Süd-Pols des Magneten entspricht, ebenso die Contactsensibilität und die thermische, für warme und für kalte Körper. Dagegen ist dafür *rechts, auf der symetrischen Stelle in fast gleicher Ausdehnung die Contakt- und Schmerzempfindung verschwunden, und die thermische nur für die kalten Körper noch vorhanden !!* Die electrocutane Sensibilität ist jetzt links = 12, rechts = 10; links zeigte sich dieser Zuwachs noch 2 Stunden nach dem Experiment.

V. Experiment. Mittlere Zone der Vorderfläche des Vorderarms. Electrocut. S. links = 10, rechts = 13. Application des Magnet A 15 Minuten lang. Hiernach ist in einer Ausdehnung von 6 zu 4 Ctm., in der Nachbarschaft des Südpols die Contactsensibilität zurückgekehrt, ebenso die Schmerz- und Thermosens., selbst für die geringsten Differenzen, sowohl für kalte als warme Körper. Rechts eine symetr. Zone unempfindlich. Electrocutane Sens. links = 12, rechts = 9,5.

VI. Experiment. Dieselbe Anordnung und dasselbe Resultat an der Vorderfläche der Schenkel.

VII. Experiment. Dorsalfläche der Hände. Electroc. S. links $8^1/_2$, rechts 10. Continuirlicher Strom „von mittlerer Intensität" durch 15 Min. mit leicht angefeuchteten Elektroden. Derselbe Effekt wie oben. Verschwinden der Sensibilit. in der gleichen Zone rechts. Electrocut. Sens. rechts $8^1/_2$, links 10. Die sensibel gewordene Zone hat einen Durchmesser von ca. 5 Cent., während die Electroden nur in einer Distanz von 3 Cent. aufgesetzt waren.

VIII. Experiment. Schenkel. Dieselbe Anordnung, dasselbe Resultat: Vollständige Inversion der Sensibilität. Anode unten, Kathode oben. In der Umgebung der letzteren kehrt die Sensibilität auf 8 Cm. in vertikalem und 4 Cm. in horizontalem Sinne zurück.

IX. Experiment. Mittl. Zone der Vorderarme. Electr. Sens. rechts = 12, links = 8. *Durch einen mit Seide umsponnenen Draht, 3 Meter lang, der um den linken Vorderarm gewickelt ist,* wird ein „leichter“ Strom durch 15 M. hindurchgeleitet. Nach Abnahme des Drahts ist die Sensib. links = 12, rechts = 8. Umkehrung der anderen Sensibilitätsarten, *nur die Contactsens. beiderseits fehlend.* (? Ref.)

X. Experiment. Oberschenkel. Dieselbe Anordnung wie in IX. Volle Umkehrung der Sensibilität (vorher 7 links, 11 rechts, jetzt 11 links, 7 rechts.) Derselbe Strom (7) der rechts vorher ertragen wurde, ist jetzt links fast unerträglich.

XI. Experiment. *Ovarialgegend.* Beiderseits ist dieselbe für den leisesten Druck *hyperästhetisch,* links mehr als rechts. Electrocut. S. links = 8, rechts = 10. Sonst dieselben Verhältnisse wie an den andern Körpertheilen. Auf die linke Ovarialgegend wird 15 Min. lang ein grosser Magnet (B), dessen Attrakationskraft gleich 3 Kilo ist, applicirt. Es zeigt sich, dass *jetzt auch der stärkste Druck ohne jede Beschwerde beiderseits ertragen wird;* im übrigen die gewohnte Inversion der Sensibilität; die electrocutane jetzt links = 9, rechts = 8. Die Sensibilität ist in der Nähe des Südpols stärker.

XII. Experiment. Dasselbe Experiment nach zwei Tagen, während welcher die Hyperaesthesie wiedergekehrt war. Derselbe Erfolg, aber nicht plötzlich, sondern gradatim fortschreitend.

XIII. Experiment. Frontalgegend. Electrocut. S. links = 10, rechts = 13. Eine 9 Quadratcentimeter grosse *Eisenplatte* wird 15 M. lang auf die linke Frontalgegend gelegt. Gleicher Erfolg wie früher, in einer die Grösse der Platte noch übertreffenden Ausdehnung. Electrocut. S. links = 13, rechts = 10.

XIV. Experiment. Oberer hinterer Theil der Vorderarme. Sensib. links = 7, rechts = 13. *Kupferplatte* von 25 Quadratcm. durch 15 Min. Derselbe Effect wie in XIII. Experm. Umkehrung aller Empfindungsqualitäten; Electroc. Sens. jetzt *links = 14, rechts = 6.* (Also rechts eine noch grössere Abschwächung der vorher normalen Sensibilität, als auf der kranken Seite ursprünglich statthatte.)

XV. Experiment. Vordere Fläche der Oberschenkel. Sensib. rechts = 12, links = 7. Links wird eine *Zinkplatte* von 25 Quadratcmt. Oberfläche 15 Min. lang aufgelegt. Vollkommen gleicher Erfolg. Sensib. jetzt rechts = 8, links = 11.

XVI. Experiment. Prüfung des Geruchssinns. Während rechts Ammoniak auf ca. 10 Centim. Entfernung nicht mehr ertragen, und andere Geruchssubstanzen, z. B. Anisessenz in einer gewissen Entfernung percipirt worden, wird links Ammoniak selbst bei Berührung ohne jede Beschwerde ertragen, und die Geruchssubstanzen werden gar nicht gemerkt. Auflegung des Magnet A auf die äussere Fläche der linken Nasenhälfte. *Nach 15 Minuten ist der Geruch links wiedergekehrt, rechts verschwunden,* nur Ammoniak wird rechts schwach bemerkt.

XVII. Experiment. Gesichtssinnsprüfung. Auf 2 Meter Distanz liest Patientin mit dem rechten Auge Nro. 6 gut, und Nro. 5 weniger gut (Giraud-Teulon'sche Tafeln), mit dem linken wird Nro. 5 gut, Nro. 4 ziemlich schlecht gelesen. Durch 15 Min. wird der Magnet A auf die linke Schläfengegend gelegt, ein Erfolg ist jedoch nicht zu constatiren. (Möglicherweise ist im Original bei den Zahlenangaben nach dem Experiment ein Druckfehler vorhanden; aus dem Zusammenhange muss man schliessen, dass die Sehschärfe sich links gebessert habe, denn die Autoren setzen hinzu: „*rechts* blieb die Sehschärfe unverändert.“ Ref.)

Das *dritte Individuum*, welches den Versuchen unterworfen wurde, ist ein Mann von 56 Jahren, dessen Eltern apoplektisch zu Grunde gegangen waren, Potator. 25 Jahre alt fiel er in der Trunkenheit von einer Höhe herab auf den Rücken, und bekam einige Tage darauf eine complete Hemiplegie links mit Betheiligung der linken Gesichtshälfte. Gegenwärtig ist in den etwas beweglicher gewordenen Gliedern eine leichte Contractur in Flectionsstellung, in der oberen Extremität mehr als in der unteren. Die Sensibilität ist in allen Qualitäten links abgeschwächt, wenn auch nicht gänzlich vernichtet. Es liegt also jedenfalls eine anatomische Läsion vor. Zwei Experimente werden nur mitgetheilt, sind aber sehr beachtenswerth.

XVIII. Experiment. Vorderarm, mittlerer Theil der vorderen Fläche desselben. Sensibilität rechts = 11, links = 9. Application des Magnet B auf den linken Vorderarm durch 15 Min. Es zeigt sich eine bedeutende Besserung in allen Sensibilitätsqualitäten, besonders in der Nachbarschaft des Südpols, während rechts die Sensibilität unverändert bleibt. Die electrocutane S. ist jetzt beiderseits = 11. *Diese Aufbesserung bezieht sich jedoch nicht blos auf die Appicationszone, sondern auf die ganze Körperhälfte, incl. des Gesichts. Nach 2 Tagen war die Besserung noch vorhanden, wenn auch in etwas geringerem Grade.*

XIX. Experiment. Vorderfläche der Schenkel. Sensib. links = 8, rechts = 10. Links Umwicklung mit einem übersponnenen Draht, durch welchen ein const. Strom von „schwacher Intensität“ 15 Min. lang fliesst. Ganz gleicher Erfolg wie im vorigen Experiment.

Nach Aufzählung dieser Versuche untersuchen die Verf. die Ursache der gleichen Wirkung dieser verschiedenartigen Mittel, — Magnet, statische Electricität, Strom in der Spirale, verschiedene Metallplatten, — und schliessen sich der auch von Charcot ausgesprochenen, von Rabuteau, Onimus und Vigouroux verfochtenen und zwar zum Theil bewiesenen Ansicht an, dass es sich hier überall um minimale galvanische Ströme handle. Beispielsweise also errege der Magnet, oder die von den Verf. zuerst angewandte, vom Strom durchflossene Spirale Ströme ganz geringer Intensität in der Haut, welche jenen noch näher zu erklärenden Effekt hervorriefen. (So sehr Ref. im Allgemeinen dieser Erklärung, in Ermangelung eines besseren, beipflichtet, so muss doch bemerkt

werden, dass die Verf. durch ihre Versuche keinen Beweis für, ja im Grunde genommen ein starkes Argument gegen diese Ansicht geliefert haben. Denn zuvörderst haben sie nicht nur nicht wie die französichen Experimentatoren, galvanometrische Messungen gemacht, und durch Anwendung gleich starker Ströme dieselben Resultate hervorgerufen, — Messungen, die übrigens, wie Ref. aus eigener Erfahrung weiss, ihre grosse Schwierigkeiten haben und von erheblichen Fehlerquellen kaum frei zu halten sind, — sondern der Umstand, dass sie mit ihren galvanischen Strömen „mittlerer“ und „geringer“ Intensität ganz gleiche Resultate erlangt haben, spricht eher gegen, als für die Ansicht. Denn so minimale Ströme, wie sie ein Magnet, eine Zinkplatte etc. durch Berührung mit der Haut hervorruft, sind himmelweit verschieden von den selbst allergeringsten Stromintensitäten, die wir elektrotherapeutisch in Anwendung zu bringen gewohnt sind. Charcot hat wenigstens behauptet, dass eben *nur* jene minimalen Ströme, welche nur *durch einen Galvanometer von 30 tausend Windungen* und mehr erkennbar sind, gleiche Effekte hervorriefen, *stärkere aber nicht*, und dass schon die Anwendung einer Zinkplatte oder einer Goldplatte einen erheblichen Unterschied mache, die Verf. aber haben nicht nur Platten von verschiedenen Metallen gleich wirksam gefunden, sondern auch galvanische Ströme, deren Intensität kaum einen Vergleich mit jenen zulässt. Hinzufügen möchte ich noch, dass, so wenig die so übereinstimmenden Experimente als Thatsachen zu bezweifeln sind, doch die Verf. es an der nöthigen Vorsicht haben fehlen lassen. Nur die electrocutane Sensibilität ist wirklich gemessen und controlirt worden, für die anderen Qualitäten waren die Experimentatoren also auf die Angaben der Patientinnen angewiesen, und wie leicht „Hysterische“ zu Täuschungen des Arztes geneigt sind, zumal bei „interressanten Experimenten“, die sie betreffen, bedarf keiner besonderen Betonung. —

Was nun endlich die Erklärungsweise der *physiologischen Vorgänge*, zumal der so merkwürdigen Heterotopie anlangt, so sind die Verf. geneigt, den vasomatorischen und den sensibeln Nerven in ihrer Zusammenwirkung und in ihrer Rückwirkung auf ein „Centrum“, sowie der gleichzeitigen Modification der „Molecularbewegung“ in den Nerven die Wirkung zuzuschreiben. Hiermit ist freilich wenig erklärt, am allerwenigsten der Austausch sozusagen von Nervenkraft zwischen der gesunden und kranken Seite, oder richtiger die „Anleihe“, welche die eine Seite bei der andern macht, und da es sich hierbei doch nur um Hypothesen handeln kann, so mögen diese Andeutungen genügen. Der Umstand, dass bei *organischen* Läsionen der Erfolg dauernder ist, als bei der „Hysterie“ würde nach den Verf. so zu erklären sein, dass in dem letzteren Falle der perverse und unbeständige Zustand des Nervensystems schnell wieder die Effekte des Stromes vernichte, während in dem anderen Falle die „molekulare“ Nervenbewegung, der „Nervenstrom“, sich bis zur äusseren Kapsel und den sensiblen Bahnen des pedunculus fortpflanzend, daselbst noch einige integre Fasern antreffe, durch welche die Communika-

tion zwischen dem sensiblen Centrum und der Peripherie wiederhergestellt werde.

Das eigentlich Neue, welches die Arbeit ausser der Bestätigung der merkwürdigen von Burcq entdeckten Thatsachen bringt, würde also in der Hinzufügung der „Spirale" zu den Metallplatten, Magneten etc., und in den Erfolgen bei der „Ovarial-Hyperaesthesie" bestehen. Ferner haben die Verf. das Uebergewicht des magnetischen Südpols über den Nordpol (ähnlich dem der Kathode über die Anode), und — im Widerspruch mit den franz. Autoren, — die gleiche Wirksamkeit verschiedener Metallarten mit einander verglichen, sowie mit der, welche verhältnissmässig erhebliche galvanische Ströme hervorrufen, gefunden.

G. Salomon (Hamburg).

---

137) **Th. Barlow.** Doppelte Hemiplegie, symmetrische Läsion des Gehirns.

(British medic. Journ. 28. Juli 1877, citirt in Gaz. médic. de Paris 1878, Nr. 12.)

10jähriger Knabe war 4 Monate vor dem Eintritt ins Hospital von einer *rechtsseitigen Hemiplegie* befallen, welche am folgenden Tage von Aphasie, Dysphasie und Verziehung des Gesichts complicirt wurde; alle diese Erscheinungen schwanden völlig nach einem Monat, die Aphasie bereits nach 10 Tagen, es hinterblieb nur eine starke Blässe des Gesichts. 6 Tage vor dem Eintritt ins Hospital trat eine *linksseitige Hemiplegie* nach vorhergegangener grosser Unruhe auf, mit Schlingbeschwerden und totaler Aphasie, der linke Facialis war mitgelähmt, die pherygoidei unthätig, die Masseteren contrahirt. Die Auscultation ergab eine Aorteninsufficienz mit Herzerweiterung. Diese Lähmung besserte sich gleichfalls im Verlaufe eines Monats, es ging der Kranke aber 2 Monate später an den Folgen des Herzübels zu Grunde.

Die *Section* ergab die beiden vorderen Semilunarlappen der Aorta mit einem Bande unter einander verwachsen, die freien Bänder derselben mit theilweise verkalkten Vegetationen bedeckt, ähnliche frische auf der Mitralis, das Herz hypertrophisch und dilatirt, in den Vorhöfen alte Blutgerinsel. Die Lungen enthielten indurirte Knoten und Infarcte; Muscatnussleber; Infarcte in der Milz und den Nieren; ein wenig Flüssigkeit in der Brusthöhle. In der Arteria cerebralis media sinistra finden sich 3 verkalkte, hirsekorngrosse Knoten, welche das Lumen stark verengen, an den rechten correspondirenden Arterien ähnliche Veränderungen, nur in geringerem Grade. Die Umgebung dieser Gefässe war von einer erweichten Zone eingenommen, welche sich bis zum untern Ende der vorderen Central- und zu dem hintern Ende der 2. und 3. Stirnwindung (Ecker Ref.) erstreckten; das übrige Gehirn war gesund. Der Sectionsbefund illustrirt sehr gut den Krankheitsverlauf; interessant ist einestheils die Compensation nach dem ersten hemiplectischen Anfall durch die gesunde Seite, andrerseits aber das Constantbleiben der masticatorischen Störung, welcher eine Läsion eines psychomotorischen Centrums entsprach, wie es von Ferrier beim Affen für das Kauen nachgewiesen wurde.

Hinze (St. Petersburg).

---

138) Eichler (Kiel): Zur Pathogenese der Gehirnhämorrhagie.
(Deutsches Archiv für klin. Medicin XXII. I.)

Verf. unterwarf 2 gehärtete, sowie 2 frische Gehirne von an Apoplexie Verstorbenen und ausserdem noch eine Anzahl von Prof. Heller gesammelter Präparate der mikroskopischen Untersuchung.

Auf Grund seiner Beobachtungen kann er den schon von Charcot und Bouchard ausgesprochenen Satz, dass die gemeine Hirnhämorrhagie ihre Entstehung dem Bersten wahrer Aneurysmen der kleineren Hirnarterien verdanke, bestätigen.

Bezüglich des pathologischen Vorganges bei der Entwicklung der Aneurysmen kommt Verf. zu Resultaten, welche den Charcot'schen Sätzen widersprechen und im Ganzen mit der Ansicht Zenker's übereinstimmen. Aber auch über die normale Structur der kleineren Hirnarterien stehen Verf's. Beobachtungen im Widerspruch mit der bisher gültigen Lehre; in Uebereinstimmung dagegen mit den Angaben von Axel Key und Retzius. Darnach besteht die Wandung der intracerebralen Gefässe nur aus *drei* Schichten, der Intima, Muscularis und Externa; ein *perivasculärer* Raum (*His*) existirt nicht, wohl aber ein Lymphraum zwischen Muscularis und Externa.

Die Entwicklung der Miliaraneurysmen ist bedingt durch eine chronische Endarteriitis, welche mit der Arteriensclerose identisch ist. Die Intima verdickt sich beträchtlich, ragt als glänzender gelblicher Buckel nach Innen vor; der Buckel ist theils dicht homogen theils von lamellöser Structur. Die schichtenweise Verdickung wird gebildet durch Zellenwucherung, welche zwischen dem verdickten Endothel und der an der Muscularis haftenden Intima auftritt zum Theil fettig degenerirt, zum Theil Fasern bildet.

An den erkrankten Stellen nun beginnt sich das Gefäss auszubuchten und entwickelt sich so das Aneurysma. Die Muscularis weicht auseinander und verfällt auf der Höhe des Aneurysma der Atrophie. Die Externa bleibt oft unverändert, nur an dem Knickungswinkel beim Eintritt des Gefässrohres in das Aneurysma bildet sich öfters ein Hohlraum, in welchem es zu Lymphstauung und Entwicklung von feinfaserigem, lockeren Bindegewebe, zur Bildung einer Art Adventitia kommt.

Die gewucherte Intima kann verkalken, wobei meist eine Obliteration des Aneurysma eintritt. Häufig zerfällt auch die Neubildung in grössere und kleinere gelbliche glänzende Kugeln, das Aneurysma und das Gefäss wird verstopft und obliterirt. Schliesslich kann das Aneurysma auch bersten und eine Hirnhaemorrhagie bewirken.

Scharf von diesen Miliaraneurysmen sind zu trennen die dissecirenden A. wie auch die Capillarectasien: Letztere können auch angeboren vorkommen, während die Miliaraneurysmen vorwiegend eine Alterskrankheit sind, wie die Arteriensclerose.

Karrer (Erlangen).

139) **Schultze** (Heidelberg): **Die anatomischen Veränderungen bei der acuten atrophischen Lähmung der Erwachsenen (Poliomyelitis acuta anterior).**

(Virchow's Archiv 1878, Band 73.)

Schultze berichtet über den anatomischen Befund in einem Fall *acuter atrophischer Lähmung Erwachsener*, dessen Krankheitsgeschichte in einer früheren Mittheilung (Virch. Arch. Bd. 68, 1876) von ihm gegeben ist. Es handelte sich um ein 42 jähriges Weib, das unter febrilen Erscheinungen im Laufe weniger Stunden zuerst an der linken Ober- und rechten Unterextremität, am folgenden Tage auch an der rechten Ober- und linken Unterextremität gelähmt wurde. Während der ersten Zeit der Beobachtung bestand Fieber, vorübergehend Athemnoth, sowie unwillkürliche Harn- und Stuhlentleerung. Die faradische und galvanische Erregbarkeit (directe und indirecte) der linken obern und rechten Unterextremität war schon in den ersten Tagen herabgesetzt; die Sensibiltät intakt. Im Laufe der nächsten Wochen bildeten sich unter heftigen Schmerzen ausgesprochene Muskelatrophieen an der linken Ober- und beiden Unterextremitäten aus; letztere blieben nahezu vollständig gelähmt, während der rechte Arm seine Beweglichkeit wieder erlangt; zu verschiedenen Zeiten wurde Entartungsreaktion in atrophischen Muskeln constatirt. Bemerkenswerth war eine eigenthümliche trophische Störung der Haut an den gelähmten Unterextremitäten, dieselbe wurde später wieder normal. Die Kranke starb an Lungenphthise 20 Monate nach Eintritt der Lähmung.

Die Section ergab ausgesprochene Atrophie der Rückenmuskulatur, der linksseitigen Schulter und sämmtlicher Muskeln des Beckens und der untern Extremitäten. Am Halstheil des Rückenmarks zeigt sich das linke Vorderhorn stark reducirt, dasselbe enthielt einen kleinen verfärbten Herd; ein ähnlicher fand sich im rechten Vorderhorn der Lendenanschwellung. Die vordern Wurzeln im Lendentheil dünn, ebenso auf der linken Seite des Halstheils. Die mikroskopische Untersuchung erwies hochgradige Veränderungen in den Vorderhörnern des Lendentheils, ausgesprochene Sclerose des Gewebes mit reichlichen Deiters'schen Zellen, verdickten Gefässwänden, ausgesprochenen Schwund der Ganglienzellen und Nervenfasern der grauen Substanz. Die Hinterhörner ohne Anomalie. Dagegen fanden sich in der weissen Substanz der Vorderstränge eine Anzahl von „hypervoluminösen" Axencylindern. Keine Körnchenzellen. Die Veränderung der grauen Substanz setzte sich in das Dorsalmark fort, die Clarke'schen Säulen waren in geringerem Grade afficirt. Im linken Vorderhorn des Halstheils analoge Alterationen wie im Lumbaltheil, auch im rechten Vorderhorn übrigens weniger markirte Ganglienzellenatrophie. Die vordern Wurzeln im Lendentheil und im linken Halstheil ärmer an Nervenfasern, die restirenden dünn, kernreich. In beiden N. ischiadic. der grösste Theil der Nervenfasern intakt; ob eine kleine Anzahl dünnerer Fasern als atrophische aufzufassen seien, wagt Verf. nicht zu entscheiden.

Die Muskeln der Unterextremitäten mikroskopisch hochgradig verändert; quergestreifte Fasern fehlten (in den glutaeis und tib. antic.) vollständig. Dafür fand sich eine grosse Menge blassgrauer dünner Fasern mit spindelförmigen Varicositäten, die völlig den jungen Muskelfasern Zenkers glichen. Mit Bezug auf letzteren Punkt ist auf die kürzlich publicirte Arbeit von Aufrecht aufmerksam zu machen (Deutsch. Arch. für klin. Medic. 22. Bd. 1. H. 1878), der den Regenerationsvorgängen in den Muskeln (und Nerven) bei acuter atrophischer Spinallähmung eine ausgedehnte (wie es Ref. scheint *zu* ausgedehnte) Bedeutung beilegt.

Was die Auffassung der Veränderungen im RM. betrifft, so spricht sich Schultze für die Bedeutung derselben als Residuen einer acuten Myelitis mit vorwiegender Betheiligung der Substanz der grauen Vorderhörner aus. Er führt zum Beweise dessen einen Befund nach acuter traumatischer Myelitis des Lendentheils an, der im Wesentlichen dieselben Veränderungen in weisser und grauer Substanz ergab, in jener hypervoluminöse Axencylinder (neben fibrillärer Degeneration), in dieser das Bild der Sclerose, Deiters'sche Zellen, verdickte Gefässwandungen, sehr vereinzelte Rudimente von Ganglienzellen. (Der Befund Aufrecht's scheint ebenfalls auf eine vorausgegangene Myelitis hinzuweisen, unzweideutig allerdings nur die Veränderungen in der weissen Substanz der Vorderseitenstränge, während in der grauen Substanz ausser der exquisiten Ganglienzellenatrophie nur eine Verdickung der Gefässwände erwähnt wird.) Eine primäre acute Atrophie der Ganglienzellen, wie sie Charcot als Ausgangspunkt der acuten spinalen Lähmungen annimmt, kann Schultze ebensowenig hier als begründet anerkennen, als bei der analogen Kinderlähmung, bei beiden Affectionen handelt es sich vielmehr um eine Poliomyelitis acuta anterior. Verf. führt kurz noch einen Befund von Residuen spinaler Kinderlähmung im RM. eines 30jährigen Mannes an, beiderseitige sklerotische Herde in den grauen Vorderhörnern mit Schwund der Ganglienzellen, ohne deutliche Veränderung in den Seitensträngen.

Eisenlohr (Hamburg).

---

140) **Seguin** (New-York): Klinische und therapeutische Beiträge zu unserer Kenntniss der Cervicalparaplegie.

(Chigago Journal of Nervous an Mental Dis. 1878 Juli.)

I. Fall. Atrophische Paralyse und Anaesthesie beider Hände; Schmerzhaftigkeit und Steifheit der Beine; Besserung dieser Erscheinungen, dauernder Stillstand der Erkrankung.

*Anamnese.* Dr. R., Militairarzt, 41 Jahre alt, stets gesund, nie syphilitisch; stark in seinem Berufe angestrengt. 1870 Dezember plötzliche Diplopie mit Strabism. intern. durch linke Abducensparalyse ohne Neuralgie und Allgemeinerscheinungen. Innerhalb 2 Monaten langsame Besserung. 1871 Juli angestrengte Märsche und Feldlager. Eines Morgens bemerkte er starke Lähmung der linken Hand, Abduction und Opposition des Daumens unausführbar. Gleichzeitig beide Hände steif und starr, wobei es unentschieden war ob durch Lähmung oder Kälte. Lähmung der linken Hand und Abnahme der Bewegungen rechts

bleiben zurück. Genaue Angaben über den Stand der Sensibilität fehlen. Nach drei Monaten Neuralgie im linken Daumen und Vorderarm, gleichzeitig beginnende Atrophie des Thenar. Gürtelgefühl um die Brust. Weder Lähmung noch Atrophie der rechten Hand; Facialis intact. Der Gang war unsicher, leicht ermüdend, was sich durch Schliessen der Augen noch verschlimmerte. 1871 im Herbst begann leichte Steifigkeit (Gefühllosigkeit?) im Ulnargebiet der rechten Hand, die von da ab zunahm; links trat dies erst im Sommer 1872 auf. In den nächsten 6 Monaten nahmen Atrophie und Anaesthie links zu. Gleichzeitiger Beginn der Atrophie rechts am Flexor poll. brevis, abductor indicis, und den interosseis dors. Schwerbeweglichkeit der Finger, bes. des 3. und 4. Rechts bedeutende Zunahme der Anaesthesie. Allgemeine Abmagerung. *Status praes.* Geringer Paniculus, gute Musculatur mit Ausnahme der Atrophie an den Händen. Augen und Facialis intact. Links partielle Anaesthesie im Gebiete des Supra- und Infraorbitalis und Subcutan. malae, Berührungsgefühl erloschen, Schmerzgefühl erhalten. Im oberen Rumpftheil Gefühl von Steifigkeit, Gürtel. Linke Hand stark atrophirt, die kleinen Daumenmuskeln sind verschwunden ausser den inneren Bündel des Flexor brevis. und Abductor. Extension und Oppos. des Daumens unausführbar; Hypothenar und Interossei gleichförmig atrophisch. Die atroph. Muskeln sind faradisch unerregbar; die galvan. Erregbarkeit herabgesetzt. (Ueber qualitat. Reactions-Veränderung nichts angegeben. Ref.) In der rechten Hand annähernd dasselbe Verhalten, nur weniger deutlich ausgesprochen. Die nicht atrophirten Muskeln reagiren gut auf beide Ströme. Die Sensibilität besonders die tactile beiderseits abgenommen, doch rechts mehr (man denkt an Halbseitenlaesion) Schmerz und Temperaturgefühl erhalten. In den Beinen nichts ausser Unsicherheit beim Gehen, jedoch keine Ataxie. Blase und Mastdarm in Ordnung.

*Diagnose:* Eine kleine spinale Haemorrhagie mag damals, als die plötzliche Lähmung der linken Hand auftrat, sich gebildet haben und zwar im linken Vorderhorn innerhalb der Halsanschwellung; von hier aus Myelitis descedens und transversa. Gruppirung der Symptome wie bei Halbseitenlaesion.

*Therapie:* Aeusserlich Galvanisation und Friction der atrophischen Muskeln ohne Erfolg. Innerlich Argent. nitr., Arsenic, Leberthran etc. Die Myelitis stand dadurch zweifellos still. Der Gang wurde sicherer, das Gürtelgefühl verschwand. An den Händen keine Aenderung.

II. Fall. Atrophische Paralyse beider Hände mit leichter Anaesthesie; neuralgische Schmerzen beider Arme; Schmerzen in den Beinen. Behandlung mit activer Contra-Irritation, Mercur und Jodkalium, Galvanismus. Heilung.

*Anamnese.* Frau H. 53 Jahre alt bekam im Januar 1877 Schmerz und Gefühl von Steifheit in den Spitzen des 2. und 3. Fingers, später im Daumen und in der Palma. Die andern Finger normal. Später Schmerzen in beiden Armen und den Händen worauf Atrophie begann. Allmälige Steigerung der Symptome. Schmerzen in den Beinen gesellten sich hinzu. Syphilis. —

*Status praesens.* Leichte aber bestimmt ausgesprochene Anaesthesie im Gebiete des Medianus. Parese beider Vorderarmen und Hände, links mit Zittern. Der linke Thenar allein atrophisch, reagirt nicht faradisch.

Verf. diagnosticirte eine centrale Myelitis des linken Vorderhorns im oberen Theil der Halsanschwellung, und verordnete Ruhe, Inunctionscur, grosse Dosen Jodkalium 8,0 pro die und Glüheisen

auf die obersten Halswirbel. Später da kein Erfolg eintrat: Cauterium ein über den andern Tag, 12,0 gramm Jodkalium pro die, grössere Inunctionsdosen, Ergotin. Leichte galvan. Ströme auf Arm und R.-M. Diese Cur wird durch 7 Monate fortgesetzt und erzielt vollständige Wiederherstellung, auch Restitution der atrophischen Muskeln.

III. Fall. Bedeutende Anaesthesie beider Arme und des oberen Rumpfes; atrophische Paralyse der rechten Hand und einiger Muskelgruppen des linken Arms. Contraction der linken Pupille. Steifigkeit des linken Beins mit Contractur der Zehen. Gesteigertes Kniephaenomen.

Verf. diagnosticirt eine centrale Myelitis mit Höhlenbildung in der Cervicalanschwellung aus der Aehnlichkeit seines Falles mit dem von Schüppel und Hallopeau.

Erlenmeyer.

---

141) **Cayley** und **Gee**: Fälle von Hemiplegie als Folgeerscheinung von Abdominaltyphus.

(Medic. Times 23 March 1878.)

1) Schwerer Fall von Typhus abdominalis bei einem 11jährigen Knaben von 4 wöchentlicher Dauer, der in den ersten 3 Tagen des Hospitalaufenthalts (2. Woche der Krankheit) mit gr. 1/2 Opium alle 4 Stunden und 2 Blutegeln an der Nabelgegend, später mit Chinin, salicylsaurem Natron und Wein behandelt worden war. Im Beginn der 5. Woche bei einer Temperatur von 98° F. (36,6° C.) wurde eine Lähmung des rechten Arms constatirt, welche rasch um sich griff und am folgenden Tage auch das rechte Bein und ein wenig die rechte Gesichtshälfte ergriffen hatte. Die Paralyse ging allmälig zurück, doch verliess der Kranke nach 3 1/2 Wochen das Hospital mit einer rechtsseitigen Parese. Aphasie war nie beobachtet worden.

2) 7 Jahre und 8 Monate alter Knabe wurde nach überstandenem fünfwöchentlichem Abdominaltyphus von Convulsionen im rechten Facialis befallen, welchen am folgenden Tage rechtsseitige Hemiplegie und atactische Aphasie folgten. Bei der Aufnahme ins Hospital zeigte sich vollkommen klares Bewusstsein, als geflüsterte Antwort auf alle Fragen „Daddy", normales Verhalten der Zunge, verminderte Beweglichkeit des rechten Mundwinkels, eine geringe Atrophie des rechten Arms, welcher im Ellenbogen- und Handgelenk flectirt ist, der Unterarm steht in Pronation, die Finger flectirt, der Daumen eingeschlagen, Rigidität des Handgelenkes. Schulter und Ellenbogen werden schwach bewegt, Sensibilität der obern rechten Extremitäten verringert, beim Gehen, welches gut ausgeführt wird, tritt ein Schleppen des vorderen Theiles des rechten Fusses auf. Sonst Alles in normalem Zustande. Nach 1 1/2 Monaten besserte sich wohl die Parese, aber nicht die Aphasie, doch kommen spontan einige zusammenhangende Phrasen vor; nach Verlauf noch eines Monats war die Parese fast geschwunden, die Aphasie aber geblieben.

In der Epikrise wird die Möglichkeit einer embolischen Erweichung der linken dritten Stirnwindung constatirt (marantischen

Ursprungs? Ref.) und auf die Bestätigung der von Hughlings-Jacksen aufgestellten Regel aufmerksam gemacht, dass die weniger afficirten Theile sich früher restauriren, als die schwerer lädirten.

Hinze (St. Petersburg).

---

142) **Luigi Luciani & Aug. Tamburini**: Experimentaluntersuchungen über die Functionen des Grosshirnes.

(Sep. Abdr. aus der Riv. sperim. d. Freniatria e med. leg. 1878.)

Die genannten Autoren haben sich die Aufgabe gestellt, die verschiedenartigen Ansichten über die psychomotorischen Centren der Hirnrinde einer genauen, unparteiischen Revision zu unterziehen, zu welchem Zwecke sie eine grössere Reihe von Versuchen an Affen, Hunden, Katzen Kaninchen und Meerschweinchen anstellten. Die Resultate zu welchen sie gelangten, sind folgende:

1. Die erregbaren Stellen der Hirnrinde können ihrer Lage und Bedeutung nach nicht nur bei den verschiedenen Individuen derselben Species, sondern selbst an den beiden Hemisphären desselben Thieres nicht unbeträchtlich variiren — unabhängig von etwaigen anatomischen Assymetrien.

2. Beim Hunde lassen sich, wie für das Vorderbein, so auch für das Hinterbein zwei distincte Centren unterscheiden, von denen aus die antagonistischen Bewegungen erzeugt werden können.

3. Die erregbare Zone des Affengehirnes beschränkt sich nicht auf die vordere Centralwindung, sondern begreift — wie dies Ferrier nachgewiesen hat — auch noch andre Rindenprovinzen z. B. die hintere Centralwindung, den Gyrus angularis u. s. w. in sich.

4. Albertoni hat angegeben, dass es unter gewissen Bedingungen von dem Sulcus postcruciatus des Hundes aus gelingt, bei Anwendung schwacher Ströme allgemeine epileptische Krämpfe zu erzeugen. Die Annahme einer solchen „epileptogenen Rindenzone" ist aber unbegründet; es gelingt vielmehr durch Reizung jeder beliebigen Stelle der erregbaren Hirnoberfläche epileptische Anfälle zu produciren.

5. Wie schon Ferrier ausführlich nachgewiesen hat, ist die elektrische Erregbarkeit der einzelnen Centren nicht gleich.

6. Elektrische Reizung der Dura mater an sich führt niemals zu derartigen coordinirten und localisirten Bewegungen, wie die directe Rindenreizung; reizt man die Dura, so lange sie noch intact ist, über den verschiedenen erregbaren Rindenstellen, so erhält man allerdings die bekannten, der gereizten Stelle entsprechenden Bewegungen; dies hört aber auf, wenn man die harte Hirnhaut einschneidet und die freien Lappen reizt, oder wenn man vorher zwischen Dura und Hirnrinde ein isolirendes Glasblättchen eingeschoben hat. Die Theorie von Bochefontaine nach welcher die Bewegungen nur in Folge einer Diffusion des Stromes zur Dura mater zu Stande kommen, ist demnach völlig irrig.

7. Ebenso ist Schiff's Ansicht nicht haltbar, welcher die bei elektrischer Rindenreizung auftretenden Bewegungen für reflectorisch, in Folge Erregung sensorischer Centren, erklärt, der ganze

Character dieser Bewegungen entspricht nicht dem der Reflexbewegungen; ausserdem konnten durch Rindenreizung, beispielsweise am Vorderbeine des Affen gewisse Bewegungen erzeugt werden, welche auf nur reflectorischem Wege, durch sensorische Reize nicht hervorzurufen waren. —

8. Die Bewegungsstörungen nach Zerstörung der motorischen Centren sind entschieden paralytischer und nicht atactischer Natur.

9. Die erwähnten paralytischen Erscheinungen sind vorübergehend(?) und dauern aber um so länger an, je höher man in der Thierreihe aufsteigt.

10. Um die Compensation der verlornen motorischen Fähigkeiten zu erklären, darf weder eine functionelle Substitution durch die benachbarten Windungen, noch durch die andere Hemisphäre, noch das plötzliche Auftreten einer psycho-motorischen Leistung in den Basalganglien supponirt werden; wir müssen vielmehr annehmen, dass diese letztgenannten Organe ebenfalls Centren für die Willkührbewegungen darstellen, und dass durch die Entwicklung und Ausbildung der den Basalganglien zukommenden Leistungsfähigkeit die Heilung der paralytischen Erscheinungen zu Stande kommt. Auf einer je höheren Stufe der Ausbildung die functionelle Leistung der Basalganglien schon unter normalen Verhältnissen stand, um so rascher wird sich eine derartige Compensation herstellen.

Obersteiner (Wien).

---

143) **Magnan** (Paris): Localisationen im Gehirn bei Paralysis generalis, zufällige Läsionen combinirt mit diffuser interstitieller chronischer Encephalitis.

(Révue mensuelle de médic. e chirurg. Nro 1. 1878 pag. 32—35.)

Ein 50jähriger Metzger wird am 20. October 1877 in das Hospital St. Anne aufgenommen. Seit 6 Monaten leidet er an Geistesschwäche, er ist sehr reizbar geworden und hat in den letzten Tagen vor seiner Aufnahme eine ungeordnete Rührigkeit, Projectenmacherei und Grössenwahnideen gezeigt. Die Sprache ist etwas stockend, die rechte Pupille etwas erweitert, die Muskelkraft beiderseits gleich. Am 28. Abends nimmt die Aufregung zu; die Geschwätzigkeit ist unaufhaltbar, die Grössenwahnideen jagen einander. Am folgenden Morgen tiefes Coma, geröthetes Gesicht, laute Respiration, die linke Körperhälfte gelähmt, Kopf und Augen nach links gedreht, die rechte Pupille erweitert, in der rechten obern Extremität zeitweilige fibrilläre Zuckungen, die gefüllte Blase muss mit dem Katheder entleert werden. P. 64 regelmässig T. 38,0. Um Mittagszeit treten epileptiforme Convulsionen ein in der rechten Seite, dem linken Arm, dem Gesichte und dem Kopfe, die linke Seite bleibt ruhig. T. 39,0. Coma dauert fort; um 7 Uhr Abends 2. Anfall, wobei aber die rechte Seite unbeweglich bleibt; T. 40,0, das Coma wird allmälig tiefer, das Athmen röchelnd und der Kranke stirbt um 2 Uhr Nachts.

*Section:* Schädeldach hart, Diploe dick, röthlich, Dura gespannt, Arachnoidea und Pia ödomatös, über den Stirnlappen leicht rosa, in beiden Scheitelregionen stark blutig infiltrirt; die Häute adhäriren den Stirnlappen und etwas den Schläfen- und Hinterhauptslappen. In der linken Hemisphäre active Congestion

mit capillären Hämorrhagien etwa $^3/_5$ des mittlern Theils der vordern Centralwindung, $^3/_4$ der 2. Stirnwindung und die hintere Hälfte der 3. Stirnwindung einnehmend. Rechte Hemisphäre: hämorrhagischer 3 cm. langer Heerd im mittlern Theile der vordern Centralwindung, $2^1/_2$ cm. von ihrem vordern Ende, 2—3 mm. bis in die weisse Substanz reichend. Ausserdem active Congestion mit capillären Hämorrhagien, den Heerd umgebend, zum Lobus paracentralis hinziehend und die Mitte der zweiten und dritten Stirnwindung einnehmend. Das Ependym ist verdickt, die Oberfläche des 4. Ventrikels mit papillenförmigen Erhöhungen bedeckt, welche sich auch in den Seitenventrikeln zeigen. Die übrigen Gehirntheile normal.

Dieser Fall ist ausgezeichnet erstens durch die scharfe Begrenzung der activen Congestion, welche successive, mit stundenlangen Intervallen die einseitigen Convulsionen rechts und links producirte und genau den bekannten motorischen Centren entsprach. Unerklärlich ist der Sitz des entschieden die Hemiplegie hervorrufenden hämorrhagischen Heerdes ausserhalb der motorischen Zone; eine genaue makro- und mikroskopische Untersuchung ergab ein völlig normales Verhalten dieser letztern. Hinsichtlich des Auftretens der zufälligen Affectionen, Hemiplegie und Convulsionen, zur allgemeinen Paralyse bemerkt Verf., dass sie den Symptomencomplex dieser Krankheit trüben, und dass sie bei der Diagnose nicht scharf genug geschieden werden können. Einige dieser accidentellen Symptome, wie Congestionen, Hämorrhagien, umschriebene Erweichungen sind rein zufällig, andere, die umschriebnen Sclerosen localisiren an einem begrenzten Ort die allgemeine Läsion, endlich noch andere, die colloiden Degenerationen sind nur eine Art des Ausganges in der diffusen Sclerose.

Hinze (St. Petersburg).

---

144) **Webber** (Boston): Kleinhirntumor.

(The Chicago Journal of Nervous and Ment. Disease. Juli 1878.

Der Patient ist 30 Jahre alt; in der Familie des Vaters ist Auszehrung vorherrschend. Er hatte weder Rheuma noch Lues. Einmal hatte er gelbe Haut. Im 5. Lebensjahre erlitt er einen Fall, der partielle Gefühllosigkeit zur Folge hatte, die aber bald wieder verschwand. Im December 76 nach angestrengter Thätigkeit Schwindel und Kopfschmerz, der zuweilen sehr heftig wurde. Im folgenden Mai leichte Diphtheritis. Keine Lähmung darauf, aber der Schwindel wurde schlimmer, die Kopfschmerzen stärker und anhaltender, besonders durch Lageveränderung. Heftige Schmerzen in den Augen, kein Doppelsehen, Pupillen reagirten normal. Keine Facialparalyse, keine geistige Störung, Bewusstsein bis zum Tode erhalten. Zunge wurde grade vorgestreckt, kein Zittern der Gesichtsmuskeln, keine gesteigerten Reflexe. Leichte Gefühlsabstumpfung in den Beinen, leichte Incoordination in den Händen mit zitternden Bewegungen. Beim Gehen trat Beschleunigung ein, er kam ins Laufen, der Kopf wurde vorn über geneigt, er drohte nach vorn zu fallen; dann wich er in einem grossen Bogen nach links ab, und rannte an Gegenständen an. Die Beine wurden dabei nicht geschleudert. Unterstützt ging er besser ohne ins Laufen zu gerathen,

aber mit sichtlicher Anstrengung als wären die Beine müde oder schmerzhaft. Mit zusammenstehenden Füssen konnte er nicht stehen, auch nicht bei offenen Augen. Ophthalm.: Gefässe getrübt, Papillargrenze verwaschen. Häufiges Erbrechen. Urin sauer; 1030; viel Urate; Puls 64, bei starken Schmerzen auf 104 steigend. Am 9. Sept. nach einem heftigen Schmerzanfall Behinderung der Sprache mit aphasischen Erscheinungen. Tod unter allgemeinen Krämpfen schliesslich Tetanus. Section 12 h. p. m. Gehirnhäute und Basisgefässe normal; Windungen abgeplattet; Gehirnsubstanz fest, trocken; Pia trocken. In den Ventrikeln ungewöhnlich viel Serum; unter dem Kleinhirn in der Medianlinie war die Pia im Durchmesser von 1 Zoll stark verdickt, und hing mit einem Tumor zusammen, der in gleicher Ausdehnung fest in die Kleinhirnsubstanz eingebettet lag. Er hatte die Gestalt des Kl. H. beibehalten, und lag etwas mehr rechts von der Medianlinie als links; er war sehr weich, halb durchsichtig, genau begrenzt. Die Diagnose war bei Lebzeiten richtig gestellt worden.

Erlenmeyer.

---

145) **Oulmont: Ueber Athetose.*)**

(Étude clinique sur l'athétose. Paris 1878.)

Obzwar schon Charcot und Heine den in Rede stehenden Symptomencomplex sehr gut gekannt, ja sogar beschrieben haben, beginnt die Geschichte dieses Leidens doch erst mit Hammond, das er 1871 beschrieben und Athetose getauft hat. Gleich ihm fassten seine Landsleute das Leiden für eine selbständige Krankheit auf, und nannten sie die Hammond'sche Krankheit, einzelne einschlägige Fälle veröffentlichend. Bis zum Jahre 1875 blieb die Krankheit amerikanisches Eigenthum, jetzt nahm sich Eulenburg in Deutschland ihrer an, und verlegte ihren Ausgangspunkt „vielleicht in circumscripte Stellen der an der Grosshirnconvexität befindlichen motorischen Innervationscentren" wofür die characteristische Beschränkung auf bestimmte Muskelgruppen, das öftere Hinzutreten von Mitbewegungen in der Form von Contracturen, die Verbindung mit epileptischen Anfällen zu sprechen scheint. Fast gleichzeitig wurde die anatomische Begründung der Hemianästhesie durch Charcot bekannt, der die Arbeiten von Weir Mitchell über symptomatische Hemi-Chorea aufnahm, sie von dem hemiplegischen Zittern trennte und anatomisch localisirte. Für ihn war die Athetose nur eine Abart dieser posthemiplegischen Bewegungen und Bourneville erklärte sie für eine Spielart von posthemiplegischer Chorea. Rosenbach fasste sie mit dem Zittern bei Ataxie locomotrice zusammen, sich dahin aussprechend, es möchte die Athetose keine selbstständige Affection, sondern nur eine Begleiterscheinung verschiedener Krankheitsprocesse, oder eine functionelle Störung sein. Bernhardt acceptirte Charcot's Localisation in der

*) Dieses Referat wurde bereits im Juni eingesandt, musste aber wegen Raummangels bis jetzt zurückgelegt werden. d. Red.

Gegend der Capsula interna; auch Berger verlegte den Sitz der Krankheit ins Gehirn, während Girerd in Constantinopel sie auf Läsionen der Dura zurückführte. Ewald endlich lieferte 2 Sectionsbefunde, die leider zu complicirt sind, um gehöriges Licht über das Leiden zu verbreiten. (In einer späteren Arbeit spricht sich Kuessner dahin aus, dass Athetose, resp. eine nahe damit verwandte Krankheitsform auch bei negativem Gehirnbefunde vorkommen kann, und dass nicht etwa gefundene Herderkrankungen dafür verantwortlich gemacht werden dürfen. Ref.) Das Leiden tritt einseitig oder beiderseitig auf, ersteres ist mitunter primär, gewöhnlich aber symptomatisch bedingt durch irgend ein Gehirnleiden, und kommt meist in Verbindung mit Hemiplegie vor.

*I. Hemi-Athetose.*

Aetiologie. In der grossen Mehrzahl der Fälle tritt das Leiden secundär auf; seine Ursache ist fast immer eine Herderkrankung mit Hemiplegie, oder Gehirn-Atrophie mit ihren verschiedenen Ursachen (Blutung in das Hirn oder die Hirnhäute, Erweichung, Encephalitis traumat. etc.) mit Hemiplegie und epileptiformen Anfällen. Hereditäre Anlage ist im Ganzen selten nachweisbar Das Leiden kommt zumal dem reifern Alter zu, wie Hemiplegie nach Gehirnblutungen etc. überhaupt, ist es jedoch sammt der halbseitigen Lähmung durch Hirnatrophie bedingt, so gehört es mehr dem Jugendalter und der Kindheit an. Das Leiden folgt meist ziemlich bald dem Auftreten der Hemiplegie nach (einige Wochen oder Monate — 2 Jahre) und fällt mit der Rückkehr der Motilität in den gelähmten Theilen zusammen; es tritt nicht plötzlich auf, sondern entwickelt sich nach und nach allmälig.

Symptomatologie. Der Anblick der Kranken ist so auffallend, dass er allein die Aufstellung einer besonderen Krankheit erklärt. Zeichen der Hemiplegie sind noch vorhanden, oft sehr deutlich ausgesprochen, die eine Hand ist schwächer, das Bein wird nachgeschleppt u. s. w. Der Kranke presst die ergriffene Hand fest gegen seinen Leib oder er hält sie mit der gesunden Hand fest. Die leidende Hand selbst ist livid geröthet, kühl, und bietet oft eine Difformität dar, wie in vorgeschrittenen Perioden der Arthritis deformans, doch verschwindet diese Difformität sofort bei der geringsten Muskelbewegung. Die Finger werden langsam, wie mit Anstrengung bewegt, die Bewegungen selbst sind continuirlich, nicht vom Willen beeinflusst. Ueber das Handgelenk hinaus ist das Glied unbeweglich. Die Füsse sind entweder unbetheiligt, oder im Falle sie mitleiden, beobachtet man an den Zehen dieselben Bewegungen, wie an den Fingern, nur in der Regel weniger deutlich ausgeprägt. Characteristisch ist der Sitz der Krankheit, sie befällt die Finger und die Zehen der gelähmten Seite; die Finger sind stets ergriffen und ihre Bewegungen bilden das am Meisten in die Augen fallende Symptom, die Zehen sind nur etwa in der Hälfte der Fälle mitbetheiligt. In etwa der Hälfte der Fälle greift das Leiden von den Fingern auf das Handgelenk über, etwas seltener von den Zehen auf das Sprunggelenk. In noch selteneren Fällen ist auch das Gesicht und der Hals ergriffen. Die Bewegungen bieten etwas Charac-

teristisches dar; in England legte man besonders Gewicht darauf, dass sie intendirten, auf einen speziellen Zweck gerichteten Bewegungen gleichen, in Deutschland bezeichnet man sie als Greifbewegungen, ein Amerikaner verglich die Finger seines Kranken den Fühlarmen eines Polypen. Diese Bewegungen bieten in der That etwas Eigenthümliches, das in der Langsamkeit und in der Uebertreibung derselben liegt. Sie erfolgen langsam, nicht plötzlich, stossweise und erreichen nur allmälig ihre äusserste Grenze. Dies eben prägt ihnen den Character intendirter, auf einen bestimmten Zweck berechneter Bewegungen auf. Das Uebertriebene derselben ist besonders an den Fingern und Zehen deutlich, sie erreichen die äusserste Grenze der gewöhnlichen, im Gelenk möglichen Bewegung, ja gehen mitunter noch über diese hinaus; wodurch momentan die verschiedensten bei Arthritis nodosa vorkommenden Verkrümmungen entstehen. Die Finger ziehen sich kräftig zusammen, als ob sie etwas krampfhaft erfassen wollten, und dadurch erscheint diesen Bewegungen mitunter eine Art von Heftigkeit aufgeprägt, die Zehen erheben sich im rechten Winkel oder scheinen sich in den Boden einzukrallen. Selbstverständlich ist das Leiden nicht immer so deutlich ausgeprägt, sondern erscheint häufig in mehr minder verwischten Zügen. An den Fingern können alle möglichen Bewegungen beobachtet werden, d. h. an allen Phalangen, besonders aber an der Verbindung der ersten Phalanx mit dem Metarcarpus. Die Finger beugen oder strecken sich, werden gegen den Mittelfinger adducirt oder abducirt. Die Streckung überwiegt an allen Fingern, mit Ausnahme des Zeigefingers, der häufig in halber Flexion verbleibt bei Streckung aller andern Finger, sie ist besonders an der 1. und 2. Phalanx ausgesprochen, weniger an der 3. In der Abduction sind entweder alle Finger in der Art eines Gänsefusses ausgestreckt, oder der Daumen steht allein, während der Zeige- und Mittefinger eine — der Ring- und Ohrfinger eine zweite Gruppe bilden. Es sind in erster Linie die Mm. interossei ext. et int. ergriffen, dann die Beuger und Strecker der Finger, die Daumenmuskeln, und nur in den seltensten Fällen die Armmuskeln. An den Zehen herrscht Beugung und Streckung vor, selten und nur wenig ausgesprochen ist die Abduction. Die Streckung beobachtet man besonders an der grossen Zehe, die Beugung an den übrigen, und zwar an allen Gelenksverbindungen derselben oder nur in einzelnen. Die Bewegungen erfolgen hier ebenso langsam und übertrieben, eben so unabhängig von einander, wie an der Hand, nur erfolgen sie etwas langsamer, und haben dann die Tendenz, länger anzuhalten. So sind zumal die Zehen häufig in einem rechten Winkel gebogen und behindern dann sehr den Gang der Kranken. Wie an der Hand so können auch vom Fusse diese Bewegungen auf die Gelenke übergreifen. Die Fussspitze wird dann kreisförmig herumgeführt, der Fuss nach Aussen oder Innen geneigt, gegen den Unterschenkel gebeugt, oder häufiger gestreckt u. s. w. Auch diese Bewegungen sind meist weniger deutlich markirt, als jene am Handgelenk, werden aber regelmässig gesteigert, sobald der Kranke die leidende Hand zu erheben, und frei, ohne Unterstützung zu halten versucht. Auch im Gesichte sind die

Bewegungen auf die gelähmte Seite beschränkt, der Orbicularis palpebrarum zieht sich in Form eines Gänsefusses gegen den äussern Augenwinkel zusammen, durch den Orbicularis oris wird der Mundwinkel in Falten gezogen, durch den Zygomaticus in die Höhe. Auch das Platysma myoides der betreffenden Seite wird ergriffen und man bemerkt an der Vorderseite des Halses kleine Stränge, welche die Haut in die Höhe heben und wieder verschwinden. Diese Zusammenziehungen der Muskeln im Gesichte und am Halse sind nur unbedeutend, und treten in der Regel nur dann ein, wenn die Bewegungen der Hand ihr Maximum erreicht haben. Alle Details der Fingerbewegungen zu schildern ist fast unmöglich, denn sie können wahrscheinlich bis ins Unendliche variiren. In einzelnen Fällen kann noch eine vorübergehende Contractur im Hand- und Fussgelenk hinzutreten und diese gerathen dann in eine mehr minder gezwungene Stellung, in der sie längere Zeit verharren. Dann ist es aber keine reine Athetose mehr, denn gerade das Characteristische derselben — die ungemeine Beweglichkeit — ist verloren gegangen. Diese nachträglichen Difformitäten sind ebenso characteristisch wie die verschiedenen Formen post—hemiglegischen Contracturen, mit denen ein Vergleich sehr nahe liegt. Die Hand ist oft im rechten Winkel gegen das Handgelenk gebeugt, oft mit einer sehr deutlichen Neigung gegen die Ulnarseite. Doch handelt es sich hier keineswegs um die Rigidität post-hemiplegischer Contracturen, die Hand kann vielmehr ohne alle Anstrengung, ohne dass der Kranke gabei Schmerz empfindet aus dieser abnormen Stellung gebracht werden, es ist dabei nur ein leichter Widerstand zu überwinden. Zuweilen greift der Krampf auf den Vorderarm über und bringt diesen in eine abnorme Stellung, er befindet sich dann statt in Pronation in Supination. Für Augenblicke kann selbst der Ellbogen, die Schulter ergriffen werden. Auch an den Unterextremitäten kommen verschiedene Difformitäten vor, als Pferdefuss, Klumpfuss, Plattfuss, Hackenfuss, am häufigsten findet sich Pes varus und equinus. Sie stellen sich meist nur ein wenn der Kranke geht oder bei heftigen Bewegungen, in der Ruhe sind sie meist wenig markirt. Das Knie und Hüftgelenk werden fast niemals mit ergriffen.

Die abnormen Bewegungen sind permanent, sie schwinden nicht in der Ruhe, ja nicht einmal im Schlafe, wenigstens geschieht letzteres ziemlich selten, und nur in den leichteren Fällen. Dagegen nehmen sie im Schlafe bedeutend ab, d. h. desto mehr ab, je weniger sie im wachen Zustande ausgesprochen sind. Nichts verräth dann die Athetose, ausser einer geringen abnormen Lage der Hand, ein oder mehrere Finger sind in permanenter Contractur; es kann Beugung oder Streckung durch dieselbe bedingt sein, besonders häufig aber Abduction. Um gegen diese Bewegungen anzukämpfen, pressen die Kranken im Bette die leidende Hand gegen den Rumpf, im Sitzen gegen das Knie, oder sie halten sie auch mit der andern gesunden Hand fest. Mitunter werden diese Bewegungen zu gewisser Tageszeit besonders heftig; in einem Falle steigerten sie sich Abends, wenn der Kranke zu Bette ging. Der Wille hat meist

keinen Einfluss; in sehr schwachen, leichten Fällen können die Bewegungen momentan durch Willenseinfluss unterdrückt werden; sonst werden sie aber in der Regel nur heftiger, wenn sie der Kranke unterdrücken will, ja die blosse Aufmerksamkeit auf den leidenden Theil genügt, die Bewegungen in demselben zu steigern. Die Kranken sind durch ihr Leiden fast in jeder Beschäftigung gestört, und können höchstens die leichtesten Arbeiten, wie Charpiezupfen, Wäsche zusammenlegen etc. verrichten; auch der Gang ist behindert meist aber nicht so hochgradig. Von Handwurzel- und Fussgelenk hinauf leidet die Extremität nicht, Ellbogen, Schulter etc. gehorchen dem Willenseinflusse (einzelne Ausnahmen wurden früher erwähnt) und dies unterscheidet die Hemi-Athetose von der Hemi-Chorea.

Ausserdem sind noch andere Symptome zu notiren, welche die Athetose theils constant, wenigstens sehr häufig begleiten, theils mehr vorübergehend, nebensächlich sind, deren Kenntniss aber doch nöthig ist, da sie das klinische Bild der Krankheit completiren. Zu den ersteren gehören die Hemiplegie und die Hemi-Anaesthesie, zu den letztern die Störungen der Ernährung in den leidenden Theilen, die Erschlaffung der Gelenkbänder und die Difformität der Gelenke, der Zustand der elektrischen Erregbarkeit, Schmerzen in den gelähmten Gliedern, Rigidität, Contractur, endlich alle bekannte späten Symptome cerebraler Läsionen.

Hemiplegie der an Athetose leidenden Seite kommt fast constant vor; sie ist eine incomplete, denn die Athetose befällt ja niemals ein vollständig gelähmtes Glied, sondern entwickelt sich erst mit der Rückkehr der Motilität. Es handelt sich mehr um eine leichte Parese, welche die Bewegungen der Extremitäten nicht mehr hochgradig stört, und stets an der obern Extremität stärker ausgesprochen ist, als an der untern.

Hemi-Anaesthesie ist ein fast ebenso constanter Begleiter; wo sie fehlt, liegt die Vermuthung nahe, dass sie in einer früheren Periode des Leidens vorhanden war, und später verschwunden ist. Die Richtigkeit wird sowohl durch die klinische Beobachtung, als durch anatomische Thatsachen bestätigt.

Vasomotorische Störungen fehlen selten in den gelähmten Theilen, sie sind desto stärker, je completer die Lähmung, daher meist stärker an der Hand, als am Fusse. Die Hand ist livid roth, feucht, kalt, schwer zu erwärmen etc.

Atrophie der leidenden Extremitäten kann bei langem Bestande der Hemiplegie oft deutlich constatirt werden. Weit seltener kommt Hypertrophie vor, die **Hammond** als ein gewöhnliches Symptom der Krankheit ansah. Sie ist nur eine Ausnahme, während Integrität oder Atrophie der Muskeln die Regel bilden. War die Lähmung nur eine geringe, rasch vorübergehende, so bleiben die Muskeln intact, oder sie hypertrophiren selbst, wenn die krankhaften Bewegungen intensiv genug sind; handelte es sich aber um eine hochgradige Lähmung von langem Bestande, so findet sich Atrophie der Muskeln.

Die electro-musculäre Contractilität ist bald normal, bald herabgesetzt, bald sogar etwas gesteigert. In der erkrankten Extremität ist sie sowohl in den Muskeln, welche von der Athetose heimgesucht sind, als in jenen, welche an der Krankheit nicht Theil nehmen, gleich. (?? Dieser Absatz lässt viel zu wünschen übrig. Ref.)

Die Gelenkbänder sind erschlafft, hochgradiger an der Hand als am Fusse. Hier beschränkt sich die Erschlaffung bloss auf die Zehen, während sie an der Hand wohl an den Fingern am stärksten ausgesprochen ist, aber mitunter auch das Handgelenk ergreift. An den Fingern findet sich die Erschlaffung entweder an allen 3 Gelenken oder nur an einem; am deutlichsten ist sie an der Verbindung des 1. Fingergliedes mit dem 2. wodurch ganz abnorme Stellungen der Finger bedingt werden. Aehnliches kommt, weniger stark ausgesprochen, auch am Fusse vor. Diese abnormen Stellungen sind nur durch Muskelcontraction bedingt, die Gelenke sind intact, ohne die geringste Anstrengung kann man die Theile in ihre normale Lage bringen.

Von andern post-hemiplegischen Störungen sind zu nennen die schon erwähnten Krämpfe, die Contracturen einzelner Muskeln, zumal der Wade, Rigidität der Gelenke, lebhafte Schmerzen welche die unwillkührlichen Bewegungen begleiten, Zuckungen in den gelähmten Theilen, blitzartige, schiessende Schmerzen, Stottern, Zittern der Zunge, Kopfschmerz, Erbrechen, Diplopie u. s. w. alle meist Zeichen eines tiefern Gehirnleidens.

Die Prognose ist keine günstige, denn es ist nur ein Fall von fast vollständiger Heilung bekannt; in der Regel besteht das Leiden ohne Besserung fort. Einige Besserung scheint der galvanische Strom zu bringen. Der positive Pol wird in der Nackengegend angesetzt, der negative auf die ergriffenen Muskeln, die Sitzung dauert 10 Minuten und wird jeden 2. Tag wiederholt. Die erzielte Besserung war nach 2 monatlicher Behandlung keine hochgradige, immerhin aber bemerkliche. Nach Eulenburg hat auch der faradische Strom und das Bromkalium gute Dienste geleistet.

Was das Wesen der Krankheit anbelangt, so ist selbe die Folge irgend einer Gehirnläsion und bietet eine grosse Analogie mit der Hemi-Chorea dar, mit der sie aber doch nicht zusammengeworfen werden darf. Bourneville hält die Athetose nur für eine Spielart der posthemiplegischen Chorea, und es sei gestattet einige Worte Charcot's über den anatomischen Sitz derselben hier anzuführen.

„Die Hemi-Anaesthesie ist von der Erkrankung der hintersten Faserbündel am Fusse des Stabkranzes abhängig. Darnach würde die Erkrankung des hintern Endes des Sehhügels und die des Schweifs des Streifenhügels allein für die Hemi-Chorea übrig bleiben, denn man wird wohl kaum die nicht constante Erkrankung des Vierhügels dafür in Anspruch nehmen dürfen. Auf der andern Seite hat man schon oft und viel den Sehhügel und den Linsenkern in ihren verschiedenen Abschnitten erkrankt gefunden ohne choreatische Bewegungen. So hat es dann durchaus den Anschein, dass diese Organe in vorliegendem Falle nicht in Anspruch genommen werden können. Mir erscheint es wahrscheinlicher, dass neben und ohne

Zweifel noch vorwärts von den Nervenfasern im Stabkranz, welche die sensitive Eindrücke vermitteln, eine Schichte von Faserbündel liegt, welche eigenthümliche motorische Eigenschaften besitzen und deren Erkrankung zu Hemi-Chorea führt". Krankheiten des Nervensystems, Deutsch von Fetzer, II. Band pag. 378.)

Analog der praehemiplegischen Chorea gibt es auch eine praehemiplegische Athetose; sie bleibt für sich allein bestehen, oder es folgt ihr Hemiplegie nach. Die Läsion muss hier an derselben Stelle des Gehirns sitzen, wie bei der post-hemiplegischen Form; sie ist so klein, so genau begrenzt, dass sie — auf eine bisher unbekannte, unerklärte Art und Weise blos die unwillkührlichste Bewegung hervorruft, ohne gleichzeitig Lähmung zu bedingen; sie kann aber allmälig zunehmend auch später Hemiplegie setzen.

*II. Athetose.*

Die Geschichte dieser Krankheit ist sehr dunkel; sie stellt in der Regel ein primäres Leiden dar, bestehend in unwillkührlichen Bewegungen, welche entweder auf beide Hände beschränkt sind, oder auch beide Füsse, ja mitunter selbst beide Gesichtshälften ergreifen. Sie unterscheidet sich von der Hemi-Athetose durch ihr Auftreten, denn sie ist ein primäres Leiden, aus der ersten Kindheit datirend, mitunter sogar angeboren. Die prähemiplegische oder primäre Athetose scheint als verbindendes Mittelglied der beiden Affectionen angesehen werden zu können, durch ihre Localisation, da sie die beiderseitigen Extremitäten, mitunter auch beide Gesichtshälften befällt, endlich durch die Art der Bewegungen selbst, die schwächer als in der Hemi-Athetose oft intermittiren und nur bei gewollten Bewegungen eintreten. Das Leiden kommt besonders bei Idioten vor, doch nicht ausnamslos, und datirt bei ihnen aus der ersten Kindheit, wenn es nicht schon angeboren ist. Bei Geistesgesunden entwickelt sich die Krankheit später. Eine Ursache ist weder dort noch hier aufzufinden, in einem Falle ging Epilepsie voran. Die Füsse und Hände sind auf beiden Seiten ergriffen, doch können die Hände allein leiden; leiden auch die untern Extremitäten, so sind doch die obern stets stärker afficirt. Mitunter ist die Krankheit auf einer Körperseite stärker markirt, als auf der andern. Die Bewegungen gleichen jenen bei Hemi-Athetose, Beugung und Streckung, Adduction und Abduction der Finger und Zehen. Doch greifen diese Bewegungen gern und häufiger über die Gelenke hinaus, zeigen aber nie jenes Heftige, Excessive, wie in der Hemi-Athetose, und tragen stets den Character gewollter, intendirter Bewegungen. Es sind die Bewegungen der Hemi-Athetose, nur bedeutend abgeschwächt. In der Ruhe nehmen sie ab oder schwinden gänzlich, erscheinen aber wieder oder nehmen, wenn sie nicht ganz geschwunden waren, an Heftigkeit zu, wie der Kranke eine Bewegung ausführen will. Durch Willenseinfluss können sie nicht unterdrückt werden (in einzelnen Fällen doch für eine Zeit Ref.) cessiren aber gänzlich im Schlafe. Das Gesicht wird bei dieser Form weit häufiger mit ergriffen, als bei der vorigen, d. h. es werden fast alle Gesichtsmuskeln einbezogen. Der Kranke grimacirt entweder, oder das Gesicht zeigt den verschiedensten Ausdruck bei den

verschiedensten Kranken; Aengstlichkeit, Bewunderung, Schrecken, Neugierde, Lachen u. s. w. Die Articulation der Worte leidet, die Sprache ist erschwert, die Worte kommen langsam, stossweise, wie aus dem Munde gezogen. Der Kopf oscillirt auf dem Halse, nach vorn und hinten oder nach den Seiten. Einmal sind diese Erscheinungen stark, in andern Fällen wieder nur schwach markirt. Lähmung der Motilität und Sensibilität, so characteristisch für Hemi-Athetose, fehlt hier gänzlich; die livide Röthung der ergriffenen Theile sowie Kälte derselbe kommt auch hier vor. In einem einzigen Falle notirte man Schwäche aller Extremitäten, einmal Schwäche der obern allein, einmal ataktischen Gang. Die Muskeln zeigen weder Atrophie noch Hypertrophie, die electro-muskuläre Contractilität ist nicht alterirt. Die Gelenke bieten nicht jene Erschlaffung dar, wie in der vorigen Form und daher fehlen auch die dort erwähnten Difformitäten. Einmal notirte man als Complication choreaartige Bewegungen, einmal war der Kopf durch Contractur eines Kopfnickers seitlich fixirt. Ueber die Natur dieses Leidens sind wir im Unklaren, Hypothesen hier zu wiederholen fühlt Ref. keinen Beruf; wie auch die Differential-Diagnose übergangen werden kann, denn welchen Zweck hätte es auch, alle die Krankheiten, wie Paralysis agitans, Lateral-Sclerose, Sclerose en plâques, Chorea, Raynaud's geschmeidige Contractur (C. souple) etc. einzeln durchzugehen, zu analysiren, mit denen ja wie Oulmont selbst zugibt, die Athetose und Hemi-Athetose — nicht verwechselt werden kann.

Smoler (Prag).

---

146) **Panas:** Sur une cause peu connue de paralysie du nerf cubital.
(Archiv générales de medecine. Juillet 1878.)

Verfasser theilt 4 Beobachtungen der in Rede stehenden Lähmung mit, und von denen besonders die erste und zweite wegen ihrer Seltenheit beachtenswerth sind.

1) Paralysis progressiv. des Ulnar-Nerven der linken Extremität hervorgerufen *durch die allmälige Entwickelung und Vergrösserung eines nicht normalen Sesambeins im Lig. intern. cubit.* — Dasselbe wurde durch eine Operation entfernt und hatte 11 mm. in der Länge, 6 mm. in der Breite. Patient starb nach einigen Wochen, die mikroskopische Untersuchung des Nerven ergab die Anzeichen einer chronischen Neuritis.

2) Paralysis des Ulnar-Nerven, *Zwölf und ein halbes Jahr nach einer Ellbogengelenksfraktur* auftretend.

Als antiologisches Moment ergab sich Ausfüllung des für den Ulnarnerven bestimmten Raum mit Callusmasse, wodurch der Nerv selber ganz oberflächlich unter der Haut seine Lage genommen hatte. Dort war deutlich eine spindelförmige Anschwellung zu fühlen.

In Folge Behandlung mit schwachen constanten Strömen besserte sich der Zustand bedeutend.

3) Paralysis des Ulnar-Nerven seit 3 Jahren bestehend und verursacht durch *wiederholten Druck der Nerven* im Bereich des Ellbogengelenks.

Patient war beim Rudern vom Sturm überrascht worden und hatte sehr starke Anstrengungen gemacht um das Ufer zu erreichen. Es stellten sich sofort Zeichen einer beginnenden Paralyse des Ulnar-Nerven von der linken Seite ein, Gefühl von Taubsein u. s. w.

Besserung und Heilung nach Gebrauch des constanten Stromes, Bäder und Massage.

4) Paralysis incipiens des Ulnar-Nerven hervorgerufen durch Veränderungen in der Gestalt der Trochlea in Folge von Arthritis deformans.

Der Fall, noch in Behandlung, besserte sich gleichfalls durch Anwendung des constanten Stromes.

Sonnenburg (Strassburg i. E.)

---

147) **Eulenburg** (Greifswald): Ueber Sehnenreflexe bei Kindern.
(Deutsch. Zeitschr. f. pr. Med. 1878 Nro. 31.)

**Muhr**: Patellarsehnenreflexe bei der Dementia paralytica.
(Psychiatrisches Centralblatt 1878 Nro. 2.)

Eulenburg untersuchte das Verhalten der Patellar- und Achillessehnenreflexe bei 214 Kindern innerhalb des ersten Lebensjahres, und zwar standen davon: 17 im ersten Lebenstage, 14 im 2.—7., 6 in der zweiten Lebenswoche, 3 in der dritten, 1 in der 4. Woche, somit im Ganzen 41 im ersten Lebensmonat; ferner 13 im 2., 10 im 3., 28 im 4. Monat und 122 im Alter von 5—12 Monaten.

Es ergab sich nun dass von den 7 (17? R.) am ersten Tage untersuchten Neugeborenen alle bis auf eine einzige Ausnahme die Patellarsehnenreflexe sehr deutlich zeigten. Die Achillessehnenreflexe dagegen waren mit einer Ausnahme fast nie mit voller Sicherheit nachzuweisen. Bei den übrigen Kindern im ersten Monat war auch mit 1 Ausnahme der Patellarsehnenreflex ganz deutlich, meist auf einer Seite stärker als auf der andern. Von den übrigen 173 Kindern im ersten Lebensjahre fehlten die Reflexe oder waren undeutlich bei 7; abnorm ausgebreitet bei 2 Fällen, wo spinale Lähmung bestand. In den ersten Lebenswochen waren überhaupt die Reflexe viel deutlicher als späterhin. Eben dieses Verhalten der Patellarsehnenreflexe in den ersten Lebenswochen stützt, nach Verf., die Annahme, dass es sich um einen wirklichen Reflexvorgang handele, nicht um directe Muskelreizung; indem nach Soltmann bei Neugeborenen die Reflexerregbarkeit erhöht, die Erregbarkeit der peripherischen Nerven aber herabgesetzt ist. Auch das Ergebniss bei Zunahme des Alters, wo die peripherische Erregbarkeit steigt, die Reflexerregbarkeit abnimmt, stimmt damit überein.

Schliesslich theilt Verf. noch einen Fall mit, wo er nach stattgehabter Resection des Nervus cruralis durch Percussion des Ligament. patellae eine jedesmalige deutliche Zuckung der Beugemuskeln und Flexionsbewegung im Knie hervorrufen konnte.

Muhr's Untersuchungen erstreckten sich auf 51 Paralytiker der Anstalt Feldhof bei Graz.

Von den 51 gehörten 39 dem männlichen, 12 dem weiblichen Geschlechte an. Klinisch waren alle Formen der Paralyse vertreten.

Aus den in einer Tabelle zusammengestellten Ergebnissen gelangte Verf. zu folgenden Schlüssen:

Das Kniephänomen ist bei der progressiven Paralyse, selbst in vorgeschrittenen Fällen mit paraparetischen Unterextremitäten grossentheils vorhanden.

Es fehlte unter 51 Fällen 6 Mal, also in ca. 12%, nicht blos bei dem Sterben nahen oder bettlägerigen und gelähmten Kranken, sondern auch bei solchen, die noch herumgingen und keinen tabetischen Gang hatten. Eine Vermuthung auf das Fehlen oder Eintreffen des Kniephänomens kann weder aus dem Verhalten der Pupillen, noch aus andern klinischen Symptomen noch aus ätiologischen Momenten gewonnen werden. Das Fehlen des Kniephänomens findet sich bei verschiedenen Paralysen als ganz isolirte Erscheinung.

Beachtenswerth ist noch die Angabe des Verf., dass er bei zwei Gesunden, welche das Kniephänomen deutlich gaben, ein durch 12 Stunden anhaltendes Fehlen nach erschöpfenden Debauchen beobachten konnte.

Karrer (Erlangen).

---

148) **Schmidt-Rimpler**: Progressive Sehnen-Atrophie und Fehlen des Knie-Phänomens.

(Zehender's Klinisch. Mtblatt f. Augenh. XVI. Juni s. 265.)

Patient, 34 Jahre alt, früher ganz gesund, ist seit 1 Jahre allmählich progressiv erblindet, ohne über weitere Krankheitssymptome als über seit 4 Jahre bestehende lancinirende „rheumatische" Schmerzen in beiden Beinen klagen zu können. Grund der Amaurosis ist totale atrophia alba beider Sehnerven. Bei sonstigen Allgemein-Erscheinungen ergab die Untersuchung nirgends Lähmungen, noch Symptome der Ataxie, noch Sensibilitätserscheinungen der Extremitäten objectiver oder subjectiver Natur. Hingegen konnte in *keiner Weise* das Kniephänomen hervorgerufen werden. In 2 andern Fällen gleicher Gattung war dasselbe vorhanden.

Nieden (Bochum).

---

149) **Franz Müller**: Neuropathologische Studien. Hemianästhesie.

(Berliner klinische Wochenschrift. 1878. Nro. 20.)

M. theilt einen Fall von cerebraler rechtsseitiger Hemianästhesie mit, die bei einem 61jährigen Manne unter der Erscheinung eines apoplektischen Insult gleichzeitig mit rechtsseitiger Hemiparese aufgetreten war. Die Hemiparese wurde allmählig rückgängig, während die Hemianästhesie bestehen blieb. Der Fall ist desshalb bemerkenswerth, weil die Autopsie einen isolirten, erbsengrossen, scharf umschriebenen Erweichungsherd an der Spitze des 3. Gliedes des Linsenkerns und von da in die ihr umliegende Markmasse greifend nachwies. Die Hemianästhesie war hochgradig, betraf alle Qualitäten der Empfindung der Haut, eben so wie die Schleimhäute und schnitt genau in der Mittellinie ab. Es participirten, wie gewöhlich alle Sinnesnerven an derselben.

Der Verf. knüpft hieran eine Auseinandersetzung über die Erklärung der cerebralen Hemianästhesie, ohne jedoch neue Gesichtspunkte zu bringen. Er erklärt die Beziehungen derselben zu dem bekannten sensiblen Bündel Meynert's, das am Hirnschenkelfuss in die innere Kapsel tritt und nach hinten umbiegend nach der Spitze des Hinterhaupthirns zu ausstrahlt.

Schliesslich kommt er auf die Frage der gekreuzten Amblyopie zu sprechen und schliesst sich der Erklärung Charcot's an, welche, die Semidecussation vorausgesetzt, eine nochmalige Kreuzung der im Chiasma ungekreuzten Bündel fordert, so dass in jeder Hemisphäre die Endigungen der Sehnervenfaser beider Netzhauthälften des entgegengesetzten Auges vorhanden seien.

Der Referent möchte sich hierzu die Bemerkung erlauben, dass diese Erklärung gegenwärtig nicht mehr aufrecht zu erhalten ist, seitdem die Versuche Munk's an Affen gezeigt haben, dass man durch Exstirpation eines Theils der Rinde einer Hemisphäre laterale Hemiopie erzeugen kann, seitdem ferner durch die Beobachtungen Hirschberg's, Wernickel's und Baumgarten's die Giltigkeit dieses Resultats auch für den Menschen ausser Zweifel gesetzt ist. Die Hirnrinde der Menschen enthält zweifellos in jeder Hemisphäre die Endigungen beider Sehnerven. Immerhin sind die Beobachtungen an cerebraler Hemianästhesie und gekreuzter Amblyopie desshalb von Wichtigkeit, weil sie zeigen, dass der centrale Verlauf der Sehnervenfasern ein complicirterer sein muss, als man glaubt, und dass weder die Lehre von der Halbkreuzung noch von der vollkommenen Kreuzung allein genügt, um alle Erscheinungen zu erklären. Sie zeigen, dass im sensibeln Bündel des Hirnschenkelfusses, da wo es die innere Kapsel durchsetzt, nur Sehnervenfasern *beider* Retinalhälften *eines* Auges enthalten sind, dass also, wenn sich das Verhältniss in der Hirnrinde anders gestaltet, zwischen dieser und der innern Kapsel eine unvollkommene Kreuzung statthaben muss. Hält man an der Semidecussation fest, so muss man zur Erklärung der erwähnten physiologischen und pathologischen Thatsachen drei unvollkommene Kreuzungen annehmen, von denen die erste im Chiasma, die zweite zwischen Chiasma und capsula interna (Kreuzung der im Chiasma ungekreuzten Bündel) und die dritte zwischen der innern Kapsel und der Rinde (Rückkreuzung dieser Bündel) gelegen ist. Kreuzen sich im Chiasma die Sehnerven vollkommen, so genügt es eine Rückkreuzung eines Theils der Fasern centralwärts an der innern Kapsel anzunehmen. Es wird dem Leser leicht gelingen, an dem Schema Charcot's (Leçons sur les localisations cérébrales), die hiernach nothwendigen Modificationon anzubringen.

Die Hämiopie nach Ausfall einseitiger Rindenbezirke wäre hiernach für die Lehre von der Semidecussation nicht beweisend, ja sie würde eine einfachere Deutung bei Annahme der vollkommenen Kreuzung zulassen. Die endgültige Entscheidung der vielumstrittenen Frage ist aber durch derartige Beobachtungen überhaupt nicht zu erzielen, sondern wird schliesslich auf andern Wegen gefunden werden müssen. Die neuesten Mittheilungen von Baumgarten und

Gowers (Centralblatt 1878 Nro. 31.) reden der Halbkreuzung sehr energisch das Wort.

Lichtheim (Jena).

150) **Baumgarten** (Königsberg): Zur pathologischen Anatomie der Sehnervenkreuzung.

(Centralblatt f. m. W. 1878. 21)

**Fr. Hosch** (Basel).

(Zehender's Monatsbl. für kl. Augenheilkunde XVI. Juni S. 281.)

B. theilt ein Fall mit, wo bei einem bis dahin gesunden robusten Manne plötzlich bei ganz normaler Sehschärfe und gleichem Augenspiegelbefund eine scharf begrenzte doppelseitig - linksseitige Hemianopsie in die Erscheinung trat, der nach einigen Monaten der Tod folgte in Folge von Herzparalyse. Es fand sich als Ursache der Sehstörung eine apoplectische Cyste im *rechten* Occipitallappen, complicirt mit gelber Erweichung der 3 Gyri occipitales, während ein kleiner rother Erweichungsheerd im linken Vorderhorn, sowie eine kleine Narbe im Centrum des *rechten* Thalamus opticus aufgedeckt wurde. Das Chiasma, die tractus optici sowie die Nervenstämme zeigten keine Degenerations-Zustände. Verfasser theilt weiter mit, dass Munk auf experimentellen Wegen durch Exstirpation der Rinde des Hinterhauptlappens der *einen* Seite beim Affen im Stande war, bilaterale Hemianopsie der *entgegengesetzten* Seite zu erzeugen.

Hosch beobachtete bei einem 54jährigen Patienten in Folge eines leichten apoplectischen Anfalles Auftreten beiderseitiger-linksseitiger Hemianopsie, mit gleichzeitig entstandener Schwäche der linken Körperhälfte bei normalem Sehvermögen und dem ophthalmoskopischem Befunde von leichten streifigen Hämorrhagien der retina. Dieser Zustand blieb für 2 Jahre constant; danach neuer apoplectischer Anfall, in Folge dessen die linke Seite vollständig paralysirt wurde. Nach Jahresfrist Repitition desselben mit vollständiger Lähmung auf der rechten Seite und Tod nach zweitägigem Bestehen. Die Section ergab: hinter dem Chiasma lag dem *rechten* tractus optic. ein frisches Blutgerinsel auf, welches comprimirend auf die Unterlage gewirkt hatte. Hinter dem *rechten* Thalamus opticus eine grosse, bis in das Unterhorn reichende Höhle mit derber Wandung, die den grössten Theil des Hinterhauptlappens zerstört hatte. In der Gegend des corp. striat. eine pigmentirte Narbe, corp. striat. und nucleus lentiformis stark geschrumpft. Mitten in dieser Narbe eine erbsengrosse Cyste. *Links* im Parietallappen eine erbsengrosse Narbe, im 3. Ventrikel eine grosse frische Hämorrhagie mit Zerstörung der Nachbarsubstanz, und Durchbruch nach der Basis. Der *rechte* tractus war um ein geringes schmäler wie der linke. Mikroskopisch zeigte sich deutliche Atrophie der *innern* Bündel beider nerv. optici. Die vor 3 Jahren stattgehabte *linksseitige* Gesichtsfeldlähmung war demnach entschieden mit dem Befunde der rechten Hemisphäre, der rasch erfolgte Tod nach Lähmung der rechten Körperhälfte mit der constatirten Hämorrhagie in dem 3. Ventrikel in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Beide Beobachtungen bestätigen uns wieder die Richtigkeit der Annahme der Semidecussation der Sehnerven, speciell die letztere die der Gudden'schen Beobachtungen, dass die gekreuzten Bündel hauptsächlich in der untern, die nicht gekreuzten in der obern Hälfte des menschlichen Chiasma liegen. — (Cfr. dieses Centralbl. Nro. 5 S. 106.) Nieden (Bochum).

---

151) **E. Pflüger** (Bern): Neuritis optica.

(Gräfe's Archiv für Ophth. XXIV. H. S. 169.)

Auf Grund seiner Untersuchungen hält Verfasser dafür, dass in 94% der Fälle von *Stauungspapillen* die Ursache in *intracraniellen Tumorenbildung* zu suchen seien. Entwickelt sich die Geschwulst durch Fortpflanzung weiter auf den opticus, so kann auch Erblindung eintreten, ohne opthalamoskopisch die geringsten entzündlichen Veränderungen an der Pupille zur Erscheinung kommen zu lassen. Hierfür spricht ein Fall von Sarcoma Choroideae, das nach hinten wuchernd in die Schädelhöhle gedrungen war, das Chiasma zerstörte und so die Amaurose des zweiten Auges *ohne* opthalmosk. Befund herbeiführte. — *Gehirnabscesse* haben seltener Neuritis optica im Gefolge, ein interressanter Beleg ist folgender aus der Klinik des Prof. Quinke aus Bern. Patient, 40 Jahre alt, erhielt mit dem 14. Jahre einen heftigen Schlag auf den Kopf und litt seither viel an gastrischen Störungen und Schwindel. Seit Kurzem traten heftige Schmerzen am Hinterkopf, Abnahme der Sehschärfe und der Kräfte, Erbrechen und Schwindel ein. Patient hat dabei stets die Neigung nach *links* zu fallen. Der Augenspiegel ergiebt Neuritis papillaris hämorrhagica oc. utr. Bei der Section zeigt sich im *linken*, mit der Dura mater verwachsenen Kleinhirn ein 3 Cm. im Durchmesser haltender, rundlicher mit grünlichem Eiter gefüllter Abscess mit mässig derber Kapsel. Nach innen davon ein zweiter kleiner Herd mit gleichem Inhalte, ein schmaler Canal verbindet beide. Linksseitig zugleich starker Hydrocephalus der Grosshirnhemisphäre mit Abplattung der Gyri vorhanden; opticus und retina waren etwas verdickt. Offenbar ist durch das vor 25 Jahren stattgehabte Trauma der kleinere, abgekapselte Abscess entstanden, während jüngst durch Etablirung des grössern frischen Herdes der letale Ausgang herbeigeführt worden. Beachtenswerth ist der starke von dem Abscesse ausgeübte Druck auf den 4. Ventrikel und den plex. choroideus, wodurch der Hydrocephalus internus hervorgerufen wurde. Nieden (Bochum).

---

152) **E. Rühlmann & L. Witkowsky** (Strassburg): Ueber atypische Augenbewegungen und das Verhalten der Pupillen im Schlaf nebst Bemerkungen zur Innervation des Iris.

(Archiv für Anat. und Physiologie von du Bois-Reymond, 1878. 109. 454.)

Verfasser fanden, dass die Augen im Schlafe keineswegs eine bestimmte und regelmässige Richtung einnehmen, wie man bisher annahm, sondern die Stellung häufig wechseln, und zwar in durchaus uncoordinirter, vielfach sogar vollständig einseitiger Weise,

so dass hierdurch bedeutende Convergens und Divergenz und Höhenabweichung zur Beobachtung kommen. Lichtreize haben keinen deutlichen Einfluss auf diese atypischen Augenbewegungen. Dieselben können nur ihre Erklärung finden in bestimmten Reizungsvorgängen bestimmter Gehirntheile, wie z. B. Hitzig fand, dass bei Reizung bestimmter Stellen der Stirngyri-Oberfläche bei Hunden gekreuzte einseitige Augenbewegungen auftraten. Die Pupillen der Schlafenden sind regelmässig contrahirt, und entspricht der Grad der Contraction der Tiefe des Schlafes, sie reagiren auf Licht, ändern sich indess nicht, wenn Convergenzbewegungen der Augen eingeleitet werden.

Auch bei Neugeborenen fanden Verf. den Zusammenhang von Pupillen-Bewegung und Convergenzbewegung der Augen, wie er im spätern Leben bei Fixirung des Blickes stets statthat, nicht. Die Pupillenweite hängt aber nicht von dem Lichteinfalle und der Accomodationsanstrengung allein ab, sondern alle psychischen und sensiblen Reize, die das Hirn treffen, üben einen deutlichen und kräftig dilatirenden Einfluss auf die Pupille aus.

Da nun die psychischen Centren der Grosshirnrinde sich durch die im wachen Zustande an sie gelangenden stetig neuen Reizungen von Seiten der percipirenden Sinnesoberflächen in einem ununterbrochenen Zustand der Erregung befinden, so muss auch der von ihnen wiederum centrifugal ausgehende Reiz eine stetig dilatirende Kraft auf die Irissehne ausüben. Dieser Reiz fehlt natürlich grösstentheils im Schlafe; die Folge ist: mangelnde Erregung der Centren, dadurch mangelndes Dilatations-Bestreben der Pupille d. h. Contraction derselben. Nieden (Bochum).

---

153) **Dressler** (Karlsruhe): Ein Fall von Menière'scher Krankheit.
(Aerzl. Mittheil. aus Baden 1878 Nro. 11.)

Unter obigem nicht ganz genügenden Titel puplicirt Verf. einen Fall von Menière'schen Schwindel mit Agoraphobie.

Der Kranke beiläufig 47 Jahre alt, gehört dem Gelehrtenstande an, und hat ein Leben voller angestrengtester Arbeit und aufreibenden Unannehmlichkeiten hinter sich. Nervosität liegt nicht vor. Er hat eine untersetzte, kräftige Gestalt; nichts was auf eine Laesion oder Neubildung im Gehirn schliessen liesse; Pupillen normal, keine Lähmung, keine Zeichen von Anaemie oder Congestion nach dem Gehirne, Herztöne rein, keinerlei Stauungserscheinungen im kleinen Kreislauf, keine frühzeitige atheromatöse Entartung der Arterien, wohl aber eine s. g. Abdominalplethora, eine träge, unregelmässige Verdauung, chronischer Magencatarrh, weisse belegte Zunge, lange bestehender Rachencatarrh, ein geringer Grad von Schwerhörigkeit, allgemeine Erschöpfung nnd grosse Nervenabspannung in Folge übermässiger geistiger Anstrengung. Pat. erfreute sich bis 1868 der besten Gesundheit. Damals begann die Krankheit mit 2tägigem heftigem Kopfweh, bohrendem Schmerze in der Schläfe, leichtem Schwindel beim Versuche einen Stuhl zu besteigen. Von da ab während 3 Wochen eine Reihe höchst peinlicher, jedoch nur wenige Minuten dauernder Anfälle von Verlust des Gedächtnisses, Behinderung der Sprache, namenloser Angst. Von da ab blieb Pat. 1½ Jahr vollkommen gesund bis zum Neujahrstage 1870. Den Winter 69 bis zu

genanntem Tage hütete er das Zimmer wegen eines hartnäckigen Kehlkopf-Rachencatarrhs. Am Neujahrstage wiederholte sich der Anfall. „Eine entsetzliche Angst befiel den Kranken, der Schwindel wurde sehr heftig, das Bewusstsein erlosch *nicht gänzlich*, aber es wurde dem Patienten schwarz vor den Augen; *das ganze war ein Moment, aber die darauf folgende Abspannung gross.* "Ob sich der Pat. an die Anfälle erinnerte ist nicht genau angegeben. Ref.) Diese Anfälle, deren erster am Tage aufgetreten, wiederholten sich ein volles Halbjahr mit wahrhaft erschreckender Praecission um ein Uhr Nachts in gleicher Weise: Schwindel, entsetzliche Todesangst mit stürmischem Herzklopfen, grosse Ermattung und Apathie gegen Alles. Ausser diesen nächtlichen Anfällen erlitt Pat. am Tage noch Störungen folgender doppelten Art: a) Mitten in der Arbeit wähnte er sich plötzlich beim Schopfe gefasst, und mit der Schnelligkeit eines Kreisels um seine Achse gedreht; rasches Niederlegen beendigte die Attaque sofort. b) Pat. verlor beim Gehen durch das Zimmer *ohne* jegliches Vorgefühl oder sonstige Belästigung bei vollem Bewusstsein plötzlich das Muskelgefühl, stürzte zu Boden, um jedoch im nächsten Augenblicke ohne jede Hülfe wieder aufzustehen und seinen Gang fortzusetzen. Manchmal kam es ihm vor, als sei ein Baum vor seinem Fenster mit tausenden schmetternden Vögel besetzt; „ich sah die Vögel nicht — erzählt der Kranke — aber ich hörte sie, und der schmetternde Gesang that mir furchtbar wehe; schloss ich das Fenster und den Laden, so war sofort Alles stille." Von Herbst 1870 bis ebendahin 71 ging es gut. „Im October 71 folgte ein neuer Anfall auf einem Spaziergange, diesmal als reiner Schwindelanfall, als Gefühl des verlorenen Gleichgewichts und der Scheinbewegung auftretend, aber so furchtbar, dass Pat. nur durch seine Umgebung vom Falle errettet wurde." Der Anfall hat sich nach Schilderung durch den Pat. eingeleitet mit dem Gefühle eines mechanischen Druckes im Nacken und nach dem Kopfe aufsteigend, dann sei ein bedeutendes Ohrensausen und allmäliges Schwinden des Bewusstseins gefolgt; den Schluss des nur einige Secunden dauernden Anfalls bildete eine so grosse Mattigkeit, dass Pat. nicht nach Hause gehen und einige Tage das Bett nicht verlassen konnte. Monatelang bedurfte er beim Ausgehen einer Begleitung, jedoch mehr zur moralischer Unterstützung. Winter 1875 starke geistige Anstrengung; darauf im Sommer häufige Schwindelanfälle mit grosser Depression. Dieselben waren aber nicht mehr so heftig, zuweilen 3 oder 4 rasch nach einander, dann wochen- selbst monatelange Pause. „Auffallend war dabei stets eine gewisse Abnahme des Gehörs, zuweilen tagelang *vor dem* Anfalle zu constatiren. In den letzten 2 Jahren ist es allmälig besser geworden. „Am schwersten fiel es dem Pat. seine Abneigung gegen das Ueberschreiten grosser Plätze abzulegen, und bis vor Kurzem vermied er sorgfällig Orte, wo ihm schon einmal schwindelig geworden; aber auch diese Furcht beginnt zu schwinden."

Verf. diagnosticirt einen secundaeren Menière'schen Schwindel, bedingt durch chron. catarrhal. Affection des Rachens, der Eustachi'schen Trompete und Weitergreifen dieses Processes auf die Halbzirkelcanäle. Wie weit man bei dem chron. Magencatarrh an Trousseau'schen (Magen) Schwindel denken will überlässt er dem Leser. Seine Therapie war vorzugsweise eine locale und erstrekte sich auf Offenhalten der Tuba; ausserdem wurde der Magencatarrh behandelt. Der Erfolg war ein günstiger.

Erlenmeyer.

154) **Brücke**: Ueber das Zittern.

(Sitzungsbericht der k. Acad. der Wissensch. 75. Bd. III. Abth.)

Das Zittern in seiner einfachsten und allgemeinen Gestalt besteht darin, dass die Entladungen, mittelst welchen wir unsere Stellungen annehmen und unsere Bewegungen ausführen, und reguliren, nicht ganz vollkommen ihren Zwecken entsprechen. Dieses Zittern kann desshalb durch Uebung mehr und mehr abgestellt werden. Der angehende Schütze gewinnt an Sicherheit der Hand und der unsichere Strich des angehenden Zeichners bessert sich von Woche zu Woche. Wird den Muskeln eine stärkere Arbeit aufgelegt, so wird das Zittern stärker, denn die Regulirung wird um so schwieriger, je stärker die einzelnen Impulse sein müssen. Auch bei der Ermüdung nimmt das Zittern zu, sei es weil die Entladungen in den einzelnen Fasern mit weniger Regelmässigkeit aufeinanderfolgen, sei es weil sie, indem die Nervenelemente mehr Erholung bedürfen, überhaupt seltener erfolgen und desshalb die einzelnen Entladungen stärker sein müssen, damit der gleiche Effect erzielt wird. Auch geistige Aufregung macht Zittern, indem bei stürmischen Vorgängen im Centralorgan die Regulirung der Entladungen mangelhaft wird. Wesentlich verschieden ist das Zittern der Greise und das in seiner Form ähnliche pathologische Zittern jüngerer Individuen, hier zeigt sich eine deutliche Periode, ein periodisches Hin- und Herschwanken, ein Pendeln der zitternden Theile, des Kopfes, der Hände. Das Zittern des Kopfes hat seinen Grund in abwechselnden Entladungen in den beiderseitigen Drehern des Kopfes, beim Zittern der Hände in den Pronatoren und Supinatoren, häufig auch in den Rollern der Oberarme, seltener in andern Muskeln. Man braucht nicht grade anzunehmen, dass einzelne Entladungen mit einander abwechseln, um dass die Erregungen sich abwechselnd verstärken. Aber auch die Pendelschwingungen spielen hier eine grosse Rolle, indem sie bestimmend wirken auf die Länge der Periode, welchen sich die Abwechslungen in den Entladungen accommodiren. Werden bei geistiger Erregung die Bewegungen rascher, bekommen sie grössere Amplituden, so hängt dies wie beim physiologischen Zittern von stürmischeren Vorgängen im Centralorgane ab. Weniger offenkundig ist der Einfluss der natürlichen Pendelschwingungen beim Nystagmus, bei dem die Augen anscheinend pendelnd hin und her schwingen ohne Unterschied der Geschwindigkeit auf dem Hin- und Rückwege, wie man ihn bei Hydrocephalus beobachtet und als erbliches Uebel in einzelnen Familien. Allerdings gibt es für jedes Auge eine bestimmte Gleichgewichtslage, die sich am eben entseelten, noch nicht todtenstarren Cadaver zeigt. Um diese wird das Auge schwanken, wenn es aus derselben herausgebracht ist, und in ihr kommt es schliesslich zur Ruhe, wenn das Nervensystem keine Wirkung mekr ausübt. Beim Lebenden werden die Augen durch Muskeln bewegt, die sich stets in einer gewissen Spannung befinden und durch deren Kräfte zurückgeführt, wenn sie von ihrem Ziele abirren. Inwiefern die bei allen Wechseln der Innervation stets noch bleibende Spannung einen Einfluss auf die Dauer der Periode ausübt, ist nicht mit Sicherheit

zu ermitteln. Bei der Paralysis agitans ist der Wechsel der Entladungen handgreiflich, denn die Bewegungen sind mitunter so heftig, dass die Glieder durch Binden und Polster geschützt werden müssen gegen die Insulte, die sie sich selber zufügen. Die Frage, ob sich dieser Zustand in seinen ersten Anfängen auch aus einer mangelhaften Regulirung entwickelt, die lediglich dadurch entstanden war, dass die einzelnen Entladungen zeitlich auseinander rückten, vielleicht auch dabei sich verstärkten, oder ob wir es hier mit einem Leiden sui generis im Centralnervensystem zu thun haben, bei dem die Folge eines chronischen Krankheitsprocesses wechselnde Entladungen in den motorischen Nerven erfolgen, wird wohl aufgeworfen, aber nicht beantwortet.

Krämpfe werden in tonische und klonische eingetheilt. Dürfen wir die letztern von einer einfachen Entladung, die letztern von einer Reihe von Entladungen ableiten? Unter den klonischen Krämpfen weisen die Zuckungen der Chorea auf einfache Entladungen hin, dafür spricht ihre Isolation auf einzelne Muskeln, ihre Plötzlichkeit, ihre geringe Kraft. Die Erscheinungen sind ähnlich jenen, die man erhält, wenn man einzelne Inductionsströme durch einzelne Muskeln schickt, und dabei die Nerven derselben gleichmässig genug trifft, dass sich der Muskel als Ganzes contrahirt. Der wesentliche Unterschied scheint darin zu liegen, dass sich bei der Chorea die Zusammenziehungen doch nicht immer auf die einzelnen Muskeln beschränken. Bei manchen Krampfformen in denen die Glieder zuckend hin und her geworfen werden, kann man in Zweifel sein, ob man es mit einmaligen Entladungen oder mit einer Gruppe rasch aufeinander folgenden Entladungen zu thun hat; kein Zweifel ist dagegen möglich bei tonischen Krämpfen, hier handelt es sich nur darum, ob die Entladungen in allen Nervenfasern der contrahirten Muskeln gleichzeitig erfolgen oder nicht. Bei mit Strychnin vergifteten Säugethieren hat man den Eindruck, als ob sowohl ungleichzeitige als salvenartige Entladungen erfolgten, und wenn im Anfange des Tetanus der Kranke den Mund öffnen will, dabei aber einen Widerstand findet, als ob man ihm eine starke Cautschoukbinde um den Kiefer gelegt hätte, so ist dieser Zustand auf eine Reihe von ungleichzeitigen Entladungen zurückzuführen; wenn er aber später mit festgeschlossenem Munde und gestreckten Gliedern daliegt, und in einzelnen schmerzhaften Muskelcontractionen aufzuckt, so werden wir diese plötzlichen massenhaften Entladungen zuschreiben. Die Katalepsie kann noch nicht genügend erklärt werden, doch darf desshalb nicht auf deren Nichtexistenz geschlossen werden, wenngleich viele Fälle auf Simulation zurückzuführen sind. Smoler (Prag).

---

155) **Leroux:** Angine de poitrine, mort subite. — Athérome arteriel, Compression du pneumogastrique droit.

(Le progrès med. 1878. 27.)

Bei einem 53jährigen Sattler, der über 7 Jahre an Angina pectoris leidet, deren Anfälle meist 6—8 mal am Tage auftreten, wobei die Schmerzen immer in den ganzen linken Arm, mitunter auch in die rechte Schulter und das Zahn-

fleisch des Unterkiefers ausstrahlen fand sich — nachdem der Kranke urplötzlich todt zusammengebrochen war — bei der Section Folgendes:

Pericardium normal, linkes Herz hypertrophirt; Aorta atheromatös; Periarteritis; Coronararterien offen, normal; die beiden Nervi phremici normal; die Fäden des Plexus cardiacus konnten in dem verhärteten periaortalen Gewebe nicht vorfolgt werden. Der linke Vagus verläuft im Zellgewebe hinter dem entsprechenden Bronchus, zeigt durchaus keine Abnormitäten und lässt sich leicht isoliren. Ebenso der rechte Vagus bis zum rechten Bronchus; hier aber hängt er mit dem Beginne des Bronchus zusammen und ist aufs festeste umschlossen von einer dicken peritrachealen Drüse, mit der er in innigem Zusammenhang steht und aus der er ohne Verletzung nicht löslich ist. Die Lymphdrüse ist von verhärtetem Zellgewebe umgeben, aussen schwärzlich verfärbt, im Innern verkalkt. Der Vagus sitzt in einer Ausdehnung von 2 Cent. in ihr fest; aus dieser Stelle entspringen die Lungenäste. Der Sympathicus zeigt keine Veränderungen. *Miscroscop:* Oberhalb der Compressionsstelle erscheint der Vagus frisch untersucht, normal; in Osmiumsäure erhärtet und mit Carmin gefärbt ergeben sich die Schwann'sche Scheide nicht verdickt, die wenig zahlreichen Kerne klar, Mark und Axencylinder normal; ebenso die Remak'schen Fasern. Die Untersuchung der comprimirten Partie ergiebt nur *Verdickung der Scheide*, die übrigen Elemente finden sich normal. Ebenso der linke Vagus und der Sympathicus. Beim Mangel aller respiratorischen und circulatorischen Störungen während der Schmerzanfälle glaubt Verf. die Compression des Vagus als Ursache auschliessen zu müssen und hält sich allein an die Atheromatose der Aorta und die Periarteritis, obwohl, wie er offen gesteht, auch dann noch eine Reihe von Symptomen — besonders der plötzliche Tod — unerklärt bleiben.

Erlenmeyer.

---

156) **A. Raggi**: Drei Fälle von Klitrophobie.

(Rivisita clinica di Bologna 1878. Annali univ. di medicina, parte Rivisita, Maggio 1878, citirt in Giorn. di medic. milit. 1878. Nro. 6.

Verf. theilt 3 Fälle dieser psychischen Abnormität, welche der von Westphal zuerst beschriebenen Agoraphobie entgegengesetzt ist; sie besteht in der Furcht vor geschlossenen Räumen und wird der Name derselben gebildet aus κλεῖθρον clausum φοβέω timeo.

*Der erste Fall* betraf einen 80jährigen Melancholiker, der einen unüberwindlichen Widerwillen gegen geschlossene Räume hatte und als er, in Folge politischer Vergehen in das Gefängniss eingeschlossen wurde, machte er Mordversuche an sich selbst und Andern, wurde aber vollkommen ruhig, als die von einer strengen Wache gehütete Thüre zum Kerker geöffnet blieb.

*Im zweiten Falle* handelte es sich um eine 40jährige Frau, welche eines Anfalles wegen, längere Zeit das Zimmer hüten musste. Sie gerieth in helle Verzweiflung, als der grösseren Sicherheit halber die Thüre zum Zimmer geschlossen wurde, verlor den Schlaf und beruhigte sich nicht eher, als bis der Hausherr ihr den Schlüssel zur freien Verfügung stellte.

*Der dritte Fall* wurde an einem 30jährigen Maler beobachtet, welcher in

seiner Jugend ein sehr seltsames Betragen und zeigte im spätern Alter melancholisch und sehr schweigsam wurde. Er schlief immer bei offnen Fenstern und als er einmal in einem geschlossenen Raume malte, machte er seinem unüberwindlichen Feiheitsdrange durch einen Sprung durchs Fenster auf das benachbarte Dach Luft, von wo er mit vieler Mühe auf die Strasse gelangen konnte. Später verfiel er in Verfolgungswahn, hielt sich nur im Freien auf und suchte in bewohnten Räumen immer offene Fenster auf, um nöthigenfalls flüchten zu können. Er konnte eine gut begonnene Arbeit nicht beendigen, weil er plötzlich von der Manie, durchs Fenster zu flüchten, befallen wurde; augenblicklich ist der Kranke dement.

Verf. hält die besprochene Krankheit für eine nicht ganz seltene, sie kann selbstständig wie die Agoraphobie, aber auch in Verbindung mit andern Irrseinsformen auftreten. Sie stellt eine Steigerung des Freiheitsgefühls dar, welche in directem Verhältnisse zu den sich entgegenstellenden Hindernissen steht. Der wahrscheinliche Sitz derselben ist in der weissen Substanz, in welcher nach Lussana und Lemoinge die Centren der *instinctiven* Innervation liegen. Die Prognose ist zweifelhaft, die Behandlung schwierig, die Heilung aber in luftigen grossen Räumen, vom Geräusche der Welt entfernt, wohl möglich; bei complicirender anderweitiger Geistesstörung ist die Unterbringung des Kranken in einem Irrenhause nothwendig. Hinze (St. Petersburg).

---

157) **Dontrebente** (Ville-Evrard): Ueber die verschiedenen Arten von Remissionen im Verlauf der progressiven Paralyse.

(Annales médico-psychol. März 1878.)

Trotzdem das vorliegende Thema von Autoritäten wie Baillarger und Lange behandelt worden (1855 u. 1858) glaubt Verf. dasselbe doch nicht erschöpfend eruirt und gibt im Vorliegenden eine ebenso fleissige als eingehende Studie über die genannte Frage; sein Hauptaugenmerk will Verf. richten auf die Häufigkeit dieser Remissionen, auf deren Verschiedenheiten und endlich auf ihren semiotischen Werth — zugleich hofft er, dass eine genauere Beschreibung ihres Eintreffens und namentlich ein genaues klinisches Studium dazu beitragen werden, einst wichtige Schlüsse daraus zu ziehen über den Gang und die Prognose dieser sogenannten unheilbaren Krankheit.

Dass im Verlauf der progress. Paralysen wirklich Remissionen vorkommen, daran zweifelt Niemand — dass sie jetzt häufiger als früher beobachtet werden, will Verf. auf unsere jetzt vollkommenere Kenntniss und Behandlung dieser Krankheit zurückführen; ob es überhaupt jetzt mehr Paralysen gibt als früher, lässt er unentschieden. (Verf. befindet sich hier wohl in entschiedenem Widerspruch mit den meisten Collegen. Ref.)

Verf. hält die Paralyse für eine *wirkliche Krankheitsform*, im Gegensatz zu Andern, die glauben, irgend eine andere Psychose könne schliesslich in Paralyse übergehen — wie auch zu denen, die behaupten, die Remissionen im Verlauf der Paralysen seien nicht Remissionen dieser letztern, sondern einfach Heilungen einer complicirenden, zweiten Psychosenform (namentlich Manie). Ferner ist

nach Verf. die Paralyse eine primäre Krankheit, die auf Erblichkeit beruht, aber nicht auf indirecter, wie z. B. die Verrücktheit etc., sondern auf directer Anerbung des „Temperaments“, so dass der Sohn eines Paralytikers, wenn er überhaupt eine diesbezügliche Erbschaft antritt, nothwendig auch wieder Paralytiker werden muss. (? Ref.)

Nach einigen weitern theoretischen Excursionen, die hier kein weiteres Interesse haben, kömmt Verf. zu seinem eigentlichen Thema zurück und stellt über das Vorkommen der Remissionen folgendes Schema auf:

| | | Vorkommen: |
|---|---|---|
| 1) *Unvollständige Remissionen:* | | |
| a) Vorübergehende Form: | . . . . . | häufig. |
| b) Andauernde: | | |
| | α. Chronische Form . . | selten. |
| | β. Circuläre Form . . | selten. |
| 2) *Vollständige Remissionen:* | | |
| a) Vorübergehende (Intermissionen) | . . | selten. |
| b) Dauernde (Heilungen) | . . . . . | zieml. selten. |

In der Besprechung dieses Schema's liegt nun der eigentliche Schwerpunkt der ganzen Arbeit. — Verf. bringt nämlich ein reiches Verzeichniss der bis jetzt vorgekommenen Heilungen (wobei allerdings viele der aufgeführten Fälle nichts weniger als Paralysen, noch viel weniger oft wirkliche Heilungen waren); von der nicht französ. Literatur erwähnt er nur L. Mayer in Göttingen mit 17 Kranken und 8 Heilungen; die schönen Fälle von Schüle fehlen leider.

Im Anschluss bringt nun Verf. 12 Fälle von Paralysen (5 Heilungen, 1 Intermission, 5 vorübergehende unvollständige R. und 1 circul. Form).

Aus einer Zusammenstellung der Hauptsymptome macht Verf. noch folgende Schlüsse auf die Dauer der einzelnen Symptome:

1) Vorübergehende Symptome: Aufregung, Verwirrung und Zittern der Glieder.
2) Hartnäckigere Symptome: Sprachstörung, Lippenzittern, Pupillendifferenz und ein gewisser Grad geistiger Schwäche.
3) Das hartnäckigste Symptom ist die Sprachstörung.

Sury-Bienz (Basel).

---

158) **W. Lauder Lindsay**: Die Theorie und Praxis des Non-Restraint in der Behandlung der Irren.
(Edinburgh medical Journal. April und Juni 1878.)

Verf., ein Anhänger des practischen Non-Restrain, wendet sich in strenger Kritik gegen die Ausartung des theoretischen. Conolly verwirft bekanntlich in seinem „Treatement“ of the insane without mechanical restraint in jedem Falle die mechanische Beschränkung und behauptet, mechanische Beschränkung sei gleichbedeutend mit Vernachlässigung; ein Asyl, wo überhaupt nur Restraint angewendet werde, sei ein schlechtes Asyl. — Dieses „intolerante und intolerable Dogma“ bezeichnet Verf. als „Conollyismus“ gegen diesen kämpft er energisch an. In England kennt übrigens Verf. nur drei unbe-

dingte Anhänger des Conollyismus. Was aber die Praxis anbelangt, so hat Verf. darin andere Erfahrungen gemacht. Als Ersatz für mechanische Beschränkung werden angewendet die Isolirung in Polsterzellen, Narcotica, Hand- und Personenzwang durch das Wartpersonal, nasse und trockene Einwicklungen des Patienten. Gerade aber durch die Beschränkung mittelst Wärterfäuste seien schon manche Unfälle, insbesondere Rippenbrüche, herbeigeführt worden. Die nassen oder auch trockenen Einpackungen der Kranken erklärt Verf. und gewiss mit Recht, für eine mechanische Beschränkung in completer Weise. Auch diese hatten in einem Asyle einen Todesfall zur Folge. Aus dem von ihm gesammelten Materiale weist Verf. aber auch nach, dass nicht nur die erwähnten Surrogate angewendet, sondern in einzelnen Fällen auch mechanische Beschränkung durch Handschellen, durch Zwangsjacken in den Anstalten vorgekommen seien. Dennoch schrieb Robertson, in dessen Anstalt die nassen Einpackungen ganz besonders Anwendung fanden, im Jahre 1869, dass in den öffentlichen Anstalten Englands, die ca. 30,000 Kranke enthielten, seit den letzten 15 Jahren kein mechanisches Instrument zu irgend einem Zwange angewendet worden sei.! Ausser nahgewiesenen Beispielen des Gegentheiles führt Verf. als auffällig an, dass in den Catalogen der Instrumentenmacher immer wieder die Apparate zu mechanischer Beschränkung aufgeführt seien.

Gegner des Conollyismus finden sich nach ihm in grosser Anzahl sowohl unter den Irrenbehörden, als auch unter den Autoritäten der Psychiatrie, Directoren der öffentlichen und Privatanstalten; auch ein Theil der medicinischen Presse hat sich gegen das Dogma des Non-restraint ausgesprochen.

Verf. glaubt sich berechtigt, den Satz auszusprechen, Conolly und seine Schüler verwürfen den Namen, behielten aber die Sache bei, während die Andern es umgekehrt machten; die Sache beim richtigen Namen nennten, in der Praxis aber nur in Ausnahmefällen anwendeten.

Wenn Verf. in seiner Kritik oft zu herb wird, so muss man ihm doch im Kampfe gegen den Terrorismus der Phrase Recht geben, und anerkennen, dass die Thatsachen, welche er gegen den Conollyismus anführt, gravirend genug sind, eine gewisse Schärfe der Beurtheilung zu rechtfertigen. Kärrer (Erlangen).

---

# Kleinere Mittheilungen.

28) Dufour (St. Robert): Atropin gegen Speichelfluss Geisteskranker. (Annales méd. psych. März 1878.)

Der bei vielen Geisteskranken vorkommende Speichelfluss schwächt die Kranken und macht sie unreinlich; nach vielen Versuchen gelangte Verf. auf die Idee, Atropin zu versuchen, nachdem Vulpian dasselbe gegen die nächtlichen Schweisse der Phthisiker empfohlen.

Verf. verwendet Chauteaud'sche Pillen (à 1/2—2 Milligr. per Tag) und heilte damit in ganz kurzer Zeit 3 an starkem Speichelfluss leidende Kranke. Sury-Bienz (Basel).

---

# Verzeichniß unserer Mitarbeiter.

*(Alphabetisch geordnet.)*

Dr. O. Berger, Professor in Breslau.
Dr. Blumenstock, Professor der gerichtl. Medicin in Krakau.
Dr. Domànski, Privatdocent in Krakau.
Dr. Eisenlohr, Assistent am Allg. Krankenhause in Hamburg.
Dr. Goldstein, prakt. Arzt in Aachen.
Dr. Hinze, Hospitalarzt in St. Petersburg.
Dr. Karrer, 2. Arzt an der Kreis-Irrenanstalt in Erlangen.
Dr. Kohlmann, Kreisphysikus in Remagen.
Dr. Jul. Krueg, Arzt an der Privatanstalt in Oberdöbling (Wien).
Dr. Kuestner, Privatdocent in Jena.
Dr. Lichtheim, Professor in Jena.
Dr. Alexis Lubimoff in Moskau.
Dr. v. d. Marck, Arzt an der Erlenmeyer'schen Anstalt in Bendorf bei Coblenz.
Dr. Nieden, Augen-Arzt in Bochum.
Dr. Heinr. Obersteiner, Privatdocent in Wien.
Dr. Ottomar Rosenbach, Privatdocent in Breslau.
Dr. G. Salomon, prakt. Arzt in Hamburg.
Dr. Schultze, Privatdocent in Heidelberg.
Dr. Seeligmüller, Privatdocent in Halle a. d. Saale.
Dr. Smoler, Primararzt an der Irrenanstalt, Privatdocent in Prag.
Dr. Sonnenburg, Privatdocent in Strassburg im Elsass.
Dr. Sury-Bienz, weil. Assistenzarzt in St. Pirminsberg, jetzt in Basel.
Dr. Volland, Curarzt in Davos-Dörfli (früher Arzt an der Erlenmeyer'schen Anstalt in Bendorf bei Coblenz).

**Die Redaction.**

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT
für
# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt
von
**Dr. med. A. ERLENMEYER,**
dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — 1½ Bogen stark.**
Preis Halbjährlich 3 Mark.
Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an. — Insertion auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Nro. 10. 1. Jahrgang. 1878.

## Bericht über die 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Cassel.

Im Folgenden sind die den Leserkreis unseres Blattes interessirenden Vorträge aus den verschiedenen Sectionen der Versammlung zusammengestellt; wir haben dabei den Wortlaut des „Tageblattes" der Versammlung überall beibehalten, nicht allein, weil er sich durch Kürze auszeichnet, sondern weil er, einer sehr richtigen und für alle wissenschaftliche Versammlungen nachahmungswerthen Forderung, welche die Geschäftsführer vorher bekannt gemacht hatten, entsprechend, *von den Herren Vortragenden selbst redigirt* ist.

Die Versammlung war im Ganzen spärlich besucht, und blieb auch in ihren wissenschaftlichen Leistungen hinter früheren zurück; ganz besonders gilt dies von der psychiatrischen Section.

Nicht zum Mindesten scheint uns diese, in den letzten Jahren immer mehr hervortretende Erscheinung in der zu eingeengten Bezeichnung der Section zu liegen, und es ist nicht nur ein Gebot der Zweckmässigkeit, dass man, um die Section fernerhin nicht gleich am ersten Sitzungstage auch wieder sich auflösen zu sehen, auch äusserlich durch den Namen die „Neurologen" zu ihrem Besuche einladet, sondern es liegt auch hier die Pflicht der wissenschaftlichen Gerechtigkeit vor, so zu verfahren. Die psychiatrische Detailarbeit stockt augenblicklich, und das gleichzeitige Erscheinen mehrerer Lehrbücher dieser Disciplin scheint anzudeuten, dass wieder einmal ein gewisser Abschnitt in der Entwicklung zurückgelegt und ein höher gelegener Standpunkt erreicht ist, von dem man eine umfassende Umschau zu halten sich verpflichtet glaubt. Ob solche Um-

schau jetzt schon nothwendig, ob der dazu ausersehene Standpunkt hoch genug ist, sind Fragen, die hier nicht zu erörtern sind; das aber ist unbestreitbar und selbst dem klar, „der nur die Ueberschriften der Arbeiten in unseren Archiven und Zeitschriften zu lesen pflegt“, dass momentan die rein neurologischen und cerebrospinal-anatomischen Arbeiten entschieden die Majorität ausmachen. Darum sollte man aus allen Gründen die fleissigen Bearbeiter beider benachbarten Territorien, deren Grenzen an so vielen Stellen gar nicht mehr zu trennen sind, auch bei der Naturforscherversammlung in einer Section vereinen, damit nicht durch einseitige Ausschliessung Vorträge, die in dieser Section gehalten werden sollten, in anderen gehalten werden. Den Geschäftsführern der nächstjährigen Versammlung empfehlen wir daher eine „*Section für Psychiatrie und Neurologie*“ und erlauben uns, wenn es anders bei der Wahl von Baden-Baden dieses Hinweisess noch bedarf, sie auf die Geschäftsführung des Vereins „südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte“ hinzuweisen. Dieselbe pflegt sich mit den berufensten Vertretern der beiden Fächer *frühzeitig* in Verbindung zu setzen, zu Vorträgen aufzufordern, und dann die angemeldeten gleichzeitig mit der Einladung zur Versammlung bekannt zu machen. Auf diese Weise wird für Material gesorgt — die diesjährige südwestdeutsche Versammlung konnte z. B. das ihr angemeldete gar nicht ganz erledigen — eine feststehende, reiche Tagesordnung wird den Theilnehmern rechtzeitig bekannt gemacht, und die Section wird in einer ihr würdigen Weise die Sitzungen abzuhalten im Stande sein.

Die Red.

---

I. **Mannkopf** (Marburg): *Ueber peripherische ischämische Lähmung.*

Nach einleitenden Worten über den augenblicklichen Stand der Lehre von den ischämischen Lähmungen theilte der Vortragende folgenden Fall mit: Ein 24jähriges Dienstmädchen, seit einiger Zeit an Gelenk-Rheumatismus leidend, wird plötzlich im linken Unterschenkel und Fuss von heftigem Schmerze, Kältegefühl, Paralyse, und Anaesthesie befallen. Bei späterer Aufnahme in die Klinik ausser den genannten Symptomen Entartungsreaktion an den gelähmten Muskeln. Insuffic. valvul. mitr. neueren Datums. Beide Art. femoral. etc. pulsiren nicht. Milztumor, Albuminurie. — Hektisches Fieber; zunehmender Collaps., plötzlich Symptome von Gehirn-Embolie; 1½ Tage später — 23 Tage nach jener Attaque am linken Unterschenkel und Fuss, an denen kein Brand eingetreten ist — letaler Ausgang.

Section: Frische Endocarditis an Valv. mitr. etc. Milz-, Nieren-Infarcte. Embolus an Theilungsstelle der arter. basilaris; im Gehirn keine weitern Veränderungen. Aeltere Fibrinpröpfe an Bifurcation der Aorta in die Iliaca commun. dextr. reichend, in der iliaca commun. sin. in die crural sin. reichend und besonders in der Art. tibial. post. sin. - Rückenmark etc. normal. Im nerv. tibialis sin. beginnt 25 Cm. unter seiner Abspaltung vom nerv. peroneus sin., in diesem dicht unter der gedachten Stelle eine centrifugal an Intensität zunehmende sich in die Aeste erstreckende Degeneration:

neben noch normal erscheinenden Nervenfasern solche mit Markzerklüftung bis zu solchen, deren sehr kernreiche Schwann'sche Scheiden mit Fettkörnchenhaufen und einzelnen Myelinkugeln ganz ausgefüllt sind und in denen Axencylinder ganz verschwinden; Epineurium normal, Perineurium gequollen und gelockert, Endoneurium und Adventitia der Gefässe sehr reich an theils nackten, meist aber von zum Theil verfetteten Zellen umgebenen Kernen. Die Muskeln beider Unterschenkel, links aber mehr, zeigen Verwischung der Querstreifung, feinkörnige Trübung und sehr reichliche Sarcolemma-Kerner. — Es lagen also multiple Embolien vor. Die Verstopfung der Aorta ohne Folgen; es muss sich sofort genügender Collateralkreislauf eingestellt haben. Die Verstopfung der Art. tibialis poster. sin. bewirkte jene Attaque am linken Unterschenkel; die Erscheinungen glichen denen ähnlicher Fälle. Doch auch hier muss sich, da kein Brand folgte, genügender Collateralkreislauf entwickelt haben. Dennoch dauerten die Innervations-Störungen an. Als deren anatomische Grundlage fand sich: Neuritis parenchymatosa et interstitialis. Die Myositis könnte Folge der Nerven-Erkrankung sein, ist aber wahrscheinlicher ein der letzteren coordinirter Prozess, da er auch am rechten Bein constatirt ist. — Die sonst beobachteten Folgen der Verstopfung peripherischer Arterien (völlige Latens, völlige Herstellung. — Tod binnen kurzer Zeit, Brand — leichtere nervöse Störungen, wie z. B. intermittirendes Hinken) liegen hier nicht vor. Die entzündlichen Prozesse, die die Andauer der schweren Innervationsstörungen bewirkten, waren nur möglich durch Wiederkehr der Anfangs aufgehobenen Blutzufuhr, wodurch Brand verhindert wurde. Es lehnt sich diese Beobachtung an die von Cohnheim bei Experimenten über die Folgen temporärer Abschneidung der Circulation von einer gewissen mittleren Dauer an.

---

II. **Biedermann** (Prag): *Ueber electrische Reizung der Muskeln und Nerven.*

Der electrische Strom erregt den Muskel nicht nur im Augenblick seines Entstehens oder Verschwindens, sondern auch während er mit gleichbleibender Dichte denselben durchströmt; dort bleibt die Erregung resp. Contraction im letzteren Falle *auf die nächste Umgebung der Kathode beschränkt;* war der Muskel länger durchströmt, so erhält man bei der Oeffnung, anschliessend an die Zuckung, ebenfalls eine dauernde Verkürzung, die durch Schliessung des gleichgerichteten Stromes wieder aufgehoben wird und deren Grösse bis zu einer gewissen Grenze mit der Dauer der vorhergehenden Durchströmung wächst; sie wird bedingt durch eine *auf die Umgebung der Anode beschränkt bleibende Verkürzung* des Muskels.

Im Augenblick der Schliessung eines Kettenstromes geht eine Erregungs- resp. Contractionswelle von der Kathode aus, im Momente der Oeffnung dagegen von der Anode (Schliessungszuckung, Oeffnungszuckung). Den Beweis für diesen Satz liefert das Verhalten des einseitig verletzten Muskels bei totaler Durchströmung. Man erhält bei Schliessung eines Stromes von mittlerer Stärke Zuckung

und Dauercontraction bei beiden Stromesrichtungen und ebenso bei der Oeffnung; wird nun der Muskel an einem Ende gequetscht oder wärmestarr gemacht, so tritt Schliessungserregung umsomehr dann ein, wenn die Kathode an dem unversehrten Ende liegt, Oeffnungserregung dagegen nur dann, wenn die Anode am unverletzten Ende sich befindet.

Es entsteht demnach Schliessungserregung (Zuckung und Dauercontraction) ausschliesslich an der Austrittsstelle des Stromes aus unversehrter Muskelsubstanz, Oeffnungserregung dagegen nur an der Eintrittsstelle. An der Grenze zwischen abgestorbener und lebender Muskelsubstanz kann jedoch electrische Erregung überhaupt nicht zu Stande kommen. Erregte Muskelsubstanz scheint sich nach noch nicht abgeschlossenen Versuchen in dieser Beziehung ganz ähnlich zu verhalten wie abgestorbene.

Auch inducirte Ströme erregen den durch Curare „entnervten" Muskel nur von dem Punkte aus, wo sich die Kathode befindet.

Wird der Musc. Sartorius vom Frosch seiner ganzen Länge nach durchströmt und in der Mitte derart geklemmt, dass ohne Beeinträchtigung seines Leitungsvermögens die Zusammenziehung der einen Hälfte die andere nicht direkt beeinflusst, so zuckt bei Schliessung des Stromes stets die der Kathode entsprechende Muskelhälfte früher als die andere; das Gleiche gilt von der Reizung mit Induktionsschlägen; das entgegengesetzte Verhalten ergibt sich bei Oeffnung des Stromkreises. Bei graphischer Verzeichnung der Zuckungen beider Muskelhälften auf einer rasch rotirenden Trommel, beobachtet man daher eine Verschiebung der beiden Zuckungscurven gegeneinander, aus deren Grösse sich annähernd die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Contractionswelle bestimmen lässt. Dieselbe beträgt 3—4 Mtr. per Sekunde, wenn die Erregung durch Schliessung eines Kettenstromes oder durch einen Inductionsschlag ausgelöst wird und ist unabhängig von der Stromstärke; wird der Muskel länger durchströmt, um Oeffnungserregung zu erhalten, so wird das Leistungsvermögen desselben herabgesetzt und im gleichen Maasse wird die Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Contractionswelle kleiner.

Da der Sartorius des Frosches sich vom Becken nach dem Knie zu verschmälert, so befindet sich bei totaler Durchströmung die Stelle der grössten Dichte am Knieende. Die Schliessungserregung wird an der Stelle der Kathode um so eher ausgelöst, je grösser dort die Stromdichte ist, daher erhält man früher Schliessungszuckung, wenn der Strom vom Beckenende nach dem Knieende fliesst als im umgekehrten Falle.

In Uebereinstimmung damit steht die Thatsache, dass das Stadium der latenten Reizung bedeutend kürzer ist, wenn die Contractionswelle von dem untern schmalen Muskelende ausgeht. Marklose Nerven (Krebs) zeigen bei Verletzung (Durchschneidung) dem electrischen Strom gegenüber ein ganz analoges Verhalten, wie es im Vorstehenden von curarisirten Muskeln beschrieben wurde.

Es erhebt sich Professor Aeby; er habe gerade die entgegengesetzten Resultate gefunden; diese Differenz der Resultate kann

nur in verschiedener Empfindlichkeit der verschiedenen Apparate gesucht werden.

Dr. Biedermann beharrt bei der Richtigkeit seiner Versuche; die verschiedene Empfindlichkeit der verschiedenen Apparate trenne nicht nur, sie müsse das ursächliche Moment der differenten Resultate von Professor Aeby und ihm erklären.

---

III. **Kunze** (Halle): *Ueber Behandlung der Epilepsie mit Curare.*

Redner weist darauf hin, dass die seit Alter her empfohlenen Mittel von der Artemisia an bis zum Atropin, Strychnin, Bromkali und Bromammonium leider immer erfolglos seien und die beiden letzteren Mittel nur ein Zurückdrängen der Anfälle und zwar, wie ihm seine zahlreichen Beobachtungen gelehrt hätten, auf höchstens ein halbes Jahr bewirken; dann aber kehrten die Anfälle in um so grösserer Heftigkeit und zwar meist in Dubletten zurück. Bei dieser Trostlosigkeit der Epilepsietherapie habe er sich an's Curare gewagt und zunächst zu ermitteln gesucht, wie weit die Grenzen der Anwendbarkeit des so gefürchteten indischen Pfeilgiftes lägen und zu seinem Erstaunen gefunden, dass man 1. ohne alle Gefahr zu Dosen bis zu 0,03 in subcutaner Einspritzung steigen könne, und dass 2. die erste Intoxicationserscheinung eine Verschleierung des Gesichtes, so dass nahe Gegenstände nur in allgemeinen Umrissen erscheinen, mit geringer Benommenheit des Sensoriums, sei. Die sich auf einige 80 mit Curare behandelten Fälle erstreckende Beobachtungen ergaben, dass 6 Fälle dauernd geheilt wurden, doch hält Vortragender diese Anzahl von Beobachtungen noch für viel zu gering, um daraus eine statistische Ziffer der Heilbarkeit der Epilepsie durch Curare zu ziehen. Der Modus der Einspritzungen war der, dass sie etwa jeden 5. Tag, und zwar 3 Wochen lang gemacht wurden, dann wurde pausirt und auf den nächsten Anfall gewartet. Die Zeitentfernung zwischen der letzten Einspritzung und dem neuen Anfall gab den Zeitpunkt für fernere Einspritzungen an und zwar in der Art, dass noch mehrere Male an diesen entfernter liegenden Zeitpunkten eingespritzt wurde. Die Verwendung war Aq. dest. 5,0 Curare 0,3 D. S. zu 6—8 Einspritzungen.

Professor Binz theilt mit, dass wir mit Curare tödtliche Krämpfe heilen können. Ein Fall von Lyssa humana im Krankenhaus zu Münster wurde (gemäss einer ausführlichen Krankengeschichte, Berliner Dissertation von 1876) mit Curare behandelt.

An diesen Fall knüpft Professor Binz Versuche mit an Brucin vergifteten Thieren. Er rettete in 5 Fällen mit Curare, während die Controllthiere starben, in drei Fällen war die Dose des Curare zu gering. Professor Binz fordert auf, das Curare öfter zu gebrauchen, und zwar mit Beiseitelassung der ungegründeten Furcht vor Erstickungssymptomen, welche ja, besonders der absolut tödtlichen Lyssa gegenüber unter Anwendung der künstlichen Athmung kaum in Anschlag kommen können.

Med.-Rath Birch-Hirschfeld macht auf die grosse Verschiedenheit der Präparate aufmerksam, und fordert zur unbeding-

ten Vorprobe an Thieren auf. Ein zweiter Fall von Lyssa konnte nicht mit Curare gerettet werden, er kam allerdings sehr spät zur Behandlung.

Professor Binz weist auf das Curarin als möglicherweise brauchbar hin.

---

IV. **Löwe** (Berlin): *Zur Histologie des Gehirns.*

Um die Frage zu entscheiden, ob die graue Molecularmasse des Gehirns bindegewebiger oder nervöser Natur sei, sowie um zu eruiren, ob die Körnerschichten des Centralnervensystems als kleinste Ganglienzellen oder als Inoblasten zu betrachten seien, hat Redner die Histogenese des Gehirns und Rückenmarks untersucht und ist hierbei zu dem Resultat gelangt, dass die graue Molecularmasse und die Körnerlage dem Ectoderm entstammen, mithin mit dem Bindegewebe Nichts gemein haben, sondern vielmehr als nervöse Apparate angesprochen werden müssen. Redner führt diese These speciell an der Netzhaut aus, deren Entwickelung die epotheliale Natur der besprochenen beiden Schichten ausser Frage stellt, da die letzteren schon zu einer Zeit existiren, in welcher noch keine einzige Zelle des mittleren Keimblattes in die Zusammensetzung der Netzhaut eingegangen ist. Was speciell die graue Molecularmasse anbetrifft, so geht dieselbe aus einer Metamorphose embryonaler, dem äusseren Keimblatt entnommener Rundzellen hervor. Letztere erlangen zuerst eine gewisse Resistenzfähigkeit gegen Carmin; dann verwandelt sich ihr Kern in eine Vacuole; endlich treten kleine Flüssigkeitsbläschen im Innern derselben auf. Noch bei mehreren Wochen alten Mäusen kann man die ganze graue Molecularschicht des Grosshirns in die einzelnen Bildungszellen zerlegen, wenn man kleinste Stückchen Hirnrinde in Osmiumsäure von $^1/_{1000}$ macerirt und dann die Präparate nach der bekannten Methode des Herrn Rindfleisch isolirt. Ebenso wie die graue moleculare Masse sei auch die Rolando'sche gelatinöse Substanz ein Product des Ectoderms.

Wenn mithin Körnersubstanz, graue Molecularschicht und Rolando'sche Substanz nicht mehr zum Bindegewebe gerechnet werden dürfen, so frage es sich, was dann noch von wirklicher Bindesubstanz im Gehirn übrig bleibe. Die Histogenese ergebe, dass zwei Quellen echter mehr dermaler Bindesubstanz im Gehirn vorhanden seien, nämlich 1) die innerste Schicht des Kopfplattengewebes, 2) Wanderzellen. Was erstere anbetrifft, so hat bereits Herr Hix gezeigt, dass der innersten Lage des Kopfplattengewebes das indumentum externum encephali et medullae spinalis entstamme, und dass dessen Gefässe die Generatoren der Hirngefässe seien.

Um über die Betheiligung der Wanderzellen bei dem Aufbau des Gehirnbindegewebes in's Klare zu kommen, sei es am gerathensten, die Entwickelung des peripheren Nervensystems zu studiren, da die Wanderzellen vorzugsweise in den — dem peripheren Nervensystem morphologisch entsprechenden — Substanzbündeln vorhanden seien. Die Entwickelung des peripheren Nervensystems zeige nun,

dass letztere ursprünglich Zellenausläufer echter Ectoderm-Elemente seien, welche erst später mit Wanderzellen durchsetzt seien. Ursprünglich seien die peripheren Nervenstämme und die Substanzfasern vollständig zellenlos. In peripheren Nerven metamorphosiren sich die Wanderzellen zu den Schwann'schen Scheiden und den Kernen, sowie zu dem Endo-, Epi- und Paraneurium. In der Substanz aber bleiben die Wanderzellen meistens auf der Stufe der sogenannten Boll'schen Rollketten stehen und entwickeln sich nicht weiter.

Aus der Thatsache, dass der primitive Nerv dem Ectoderm entstammt, folgt mit Nothwendigkeit, dass ursprünglich peripheres und centrales Endoderm in einer Zelle zusammengelegen haben müssen. Jedes Thier muss im Embryo eben so viele nervöse centroperiphere Mutterzellen besessen haben, als das erwachsene Individium gesonderte Nervenstämme hat. Zur Illustration dieser Anschauung führt Redner das bestimmte Beispiel des electrischen Centralorgans an, wonach dasselbe bei Torpedo jederseits aus circa $^1/_4$ Million einzelner Ganglienzellen besteht, während bei Malaga termus eine einzige grosse Ganglienzelle denselben Dienst versieht. Endlich betont Redner noch die Thatsache, dass die motorischen Nerven nicht ebenso gebaut seien wie die sensiblen. Erstere färben sich mit Carmin weit stärker als letztere. An Carminpräparaten sei es dadurch möglich, den Verbreitungsbezirk derselben auf das Genaueste festzustellen. Es ergebe sich, dass ursprünglich die motorischen Nerven die axiale Hälfte des Nervenstammes einnehmen, während die sensiblen auf der lateralen Hälfte liegen; am ramus dorsalis läge in Folge dessen der motorische Nerv hinter dem sensibeln, am ramus abdominalis vor demselben. Beide Arten von Fasern verflechten sich niemals, es sind übrigens ungefähr eben so viele sensible als motorische Fasern vorhanden.

---

## V. *Psychiatrische Section.*

a) **Snell** (Hildesheim) spricht über die Krankheitszustände der Geisteskranken, welche sich durch gesunkenes oder alienirtes Selbstbewusstsein in der Art charakterisiren, dass diese Kranken nicht mehr fähig sind, die Eindrücke der Aussenwelt aufzufassen, wie dieses bei Melancholie mit Stupor, bei Manie mit grosser Verwirrung und bei den höheren Graden des Blödsinns beobachtet wird. Da für diese wissenschaftlich und praktisch so wichtigen Zustände bis jetzt eine zusammenfassende Bezeichnung fehlt, so schlägt Snell vor mit dem Worte „*Oligorie*" (Ὀλιγωρία mangelnde Empfänglichkeit der Beachtung) diese Zustände des aufgehobenen Zusammenhangs mit der Aussenwelt zu bezeichnen.

b) Dr. **Ramaer** über das niederländische Irrenwesen. Das niederländische Irrenwesen ist bisher nur von seiner guten Seite bekannt; Redner will die Verhältnisse unpartheiisch schildern. Es gibt in Holland 13 Anstalten (darunter 2 reine Pflegeanstalten) die nach Grösse, Einrichtung, etc. sehr verschieden sind. Einige wie Mastricht, Amsterdam, Zütfen sind, zu ihrem grossen Nachtheile, mit Krankenhäusern verbunden; viele sind überfüllt, so dass einer

Menge von Irren die Aufnahme verweigert werden muss. Sämmtliche Anstalten enthalten etwa 4000 Kranke. Die Zahl der Frauen überwiegt in Etwas die der Männer. Fast alle Anstalten haben Gasbeleuchtung; betr. Heizung sind die Systeme verschieden. Bekleidung und Beköstigung sind durchgehends gut.

Ursprünglich und eigentlich sollte auf 120 Kranke ein Arzt kommen, diese Regel ist in einer Weise überschritten, dass jetzt 200—250 nur 1 Arzt haben.

In der Behandlung sind mehrfach noch Zwangsmittel in Anwendung, was namentlich von den Einrichtungen, von der Anfüllung der Anstalt und von der Qualität des Wartpersonals abhängig ist.

Nur in 2 Anstalten existiren für unruhige und halb ruhige Kranke besondere Abtheilungen. Die niederländischen Anstalten stehen unter Inspektoren, diese wieder unter einem General-Inspektor, (der Vortragende) dessen Einfluss indessen nur ein moralischer ist; sie berichten an den Minister des Innern; von ihnen gehen die Vorschläge zu Verbesserungen an den Minister oder auch an den König.

Bis jetzt ist gesetzlich über Einrichtung der Anstalten, Verpflegung der Kranken Nichts vorgeschrieben, Privat-Anstalten sind in Holland noch nicht concessionirt.

c) **Wiedemeister** leitet eine Diskussion ein über den Zusammenhang zwischen Herzkrankheiten und Psychosen durch folgenden Ideengang: Während Nicht-Psychiater sehr geneigt seien, den Herzkrankheiten einen causalen Einfluss auf die Entstehung der Psychosen einzuräumen, herrsche in psychiatrischen Kreisen eine entgegengesetzte Anschauung. Soweit ihn sein Gedächtniss nicht trüge, gebe Bazin die Zahl der bei den Sectionen Geisteskranker erkrankt gefundenen Herzen auf 1%, Witkowsky nach Siegburger Zahlen auf etwas über 7%, und Karrer in Erlangen auf 30% an. Um zu sichern Zahlen zu kommen, habe er seit einigen Jahren den Massstab zur Hand genommen und vorläufig zunächst die Dicke der Ventrikelwandungen gemessen und gefunden, dass, den normalen Durchmesser bei Weibern zu 11 Millimetern und bei Männern zu 13½ angenommen, dieselben Durchmesser bei Geisteskrankverstorbenen in 75% der Fälle sich auf 15 resp. 18 Millimeter erhoben und eine excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels vorhanden sei.

An der zum Theil oppositionellen Discussion betheiligten sich Snell, Westphal, Pick, Köhler, Ripping.

---

# Referate.

159) **Pio Foà**: Eine seltene Deformität des Rückenmarks.
(Riv. speriment. d. fren. e di. med. leg. Reggio-Emilia. IV. I. p. 29 ff. mit 2 Kupfertafeln.)

Der Verfasser, Prof. am Anat. Pathol. Institut zu Modena, theilt einen interessanten, sehr seltenen Befund von Spaltbildung im unteren Theile des Rückenmarks mit, wie es scheint ein Unicum. Die Missbildung fand sich bei einer 76 Jahre alt gewordenen Frau,

bei der eine Deformität des rechten Fusses erst zu der Entdeckung geführt hatte. Dieser Fuss hatte bei der ausserdem dorsal-kyphotischen und lumbal-skoliotischen Person die Gestalt einer Kugel, auf welcher als eine kleine Erhabenheit 4 zehenartige Gebilde sassen, von denen drei, bie beiden ersten und die letzte, mit Nägeln versehen waren. Die Untersuchung des Skeletts hatte ergeben, dass von den Fusswurzelknochen nur der Calcaneus und Astragalus nebst den unvollständig entwickelten Metatarsal- und Phalangealknochen vorhanden waren. Die ganze rechte untere Extremität war schwächer als die linke und der entsprechende Nerv. ischiadicus um die Hälfte dünner. Auf der Fusssohle befand sich ein chron. Geschwür, ein wahres Granulom, von dem aus wahrscheinlich eine allgemeine tuberkulöse Infektion der innern Organe ausgegangen war und den Tod herbegeiführt hatte. Nach Eröffnung der Wirbelsäule fand sich das Rückenmark bis zur Gegend der Lumbal-Anschwellung normal; an dieser Stelle zeigte sich die Dura mater etwas in die Breite gezogen, und nach Eröffnung derselben die medulla in der Ausdehnung von etwa 2 Centim. in zwei Hälften gespalten. Der spindelförmige Spalt war von der Arachnoidea ausgefüllt, und zwar war das linke Stück erheblich dicker als das rechte. Unterhalb dieses Spaltes vereinigten beide Hälften sich wieder und bildeten, etwa einen Centim. lang, das Ende des Rückenmarks. Der Centralcanal war etwas oberhalb des Spaltes erheblich in die Breite gezogen, (Hydromyelie) weiter unten füllte fibröses Gewebe die Mitte des Canals aus, so dass 2 gesonderte Centralhöhlen entstanden, entsprechend den beiden Stücken des Rückenmarks, von denen also jedes einen Centralcanal enthielt. Nach Vereinigung beider Hälften zeigte sich von dem Canal rechterseits nur noch eine Andeutung, während der linksseitige persistirte. Bei den noch dicht oberhalb des Spaltes gemachten Durchschnitten zeigte sich eine normale Anordnung der grauen Substanz und der grauen Hörner; in der Gegend der Erweiterung war die Zeichnung verwischt, während nach vollendeter Spaltung die Querschnitte um jeden Centralkanal wieder graue Substanz unterscheiden liessen; nach der Wiedervereinigung hingegen erschien die Anordnung makroskopisch wieder unklar. Von den beiden Nerv. ischiadicis, von denen der stärkere linke nicht nur eine grössere Anzahl von Nervenfasern enthielt, sondern diese auch einen grösseren Durchmesser zeigten, entsprang je einer aus dem entsprechenden Rückenmarksstück seiner Seite. (Der mikroskopische Befund der am erhärteten Mark gemachten Schnitte, muss im Original nachgelesen werden.) Im Leben scheint diese Deformität keinerlei Symptome gemacht zu haben. Mit den bisher beschriebenen Fällen von Hydro- und Syringomyelie hat der Fall keine Aehnlichkeit. Verf. macht auf die Nothwendigkeit aufmerksam, bei partiellen Deformitäten des Skeletts das Nervencentrum zu untersuchen, und auch bei functionellen Störungen (abnorme Reflexbewegung etc.) an die Möglichkeit *getrennter Centren* zu denken.

Salomon (Hamburg).

---

160) **Nothnagel.** Ueber Latenz von Kleinhirnerkrankungen und über cerebellare Ataxie.

(Berl. klin. Wochenschrift 1878 Nr. 15.)

Durch Analyse einer grossen Zahl von Einzelfällen ist der Verfasser zu folgenden Ansichten über die Ursachen des verschiedenen Verhaltens der Kleinhirnerkrankungen gelangt:

1) Die Latenz der Kleinhirnerkrankungen ist unabhängig von der Natur des Erkrankungsprozesses und innerhalb gewisser Grenzen von der Grösse des Herdes.

2) Sie ist allein bedingt durch den Sitz der Affection. Erkrankungen einer Hemisphäre bedingen keinerlei Symptome, Erkrankungen der Würmer bedingen die bekannten Coordinationsstörungen. Ebenso wie Läsionen die Würmer wirken selbstredend auch alle Affectionen, welche durch Druck die Würmer in Mitleidenschaft ziehen.

Diese Resultate entsprechen vollkommen den früheren Versuchsergebnissen Nothnagels. (Virchow's Archiv 68. Bd.)

Betreffs der Function der Kleinhirnhemisphären ist Nothnagel geneigt zu glauben, dass dieselben in irgend einer Beziehung zu den psychischen Funktionen stehen. Eine Stütze hierfür findet er darin, dass die Grösse derselben in der aufsteigenden Thierreihe zunimmt und beim Menschen am grössten ist. Vögel an denen Flourens experimentirte, haben keine Hemisphären, sondern nur einen Mittellappen.

In den Beobachtungen von Atrophie beider Cerebellarhemisphären bestanden immer geistige Störungen.

Zum Schlusse erörtert er das klinische Bild der cerebellaren Ataxie. Er betonte, dass zwischen den von Duchenne geschilderten extremen Fällen von cerebellarer und tabischer Ataxie Uebergangsformen beständen, in denen die Unterscheidung schwierig. Die bestimmten Lauf- und Fallrichtungen hält er für die weitere Steigerung des cerebellaren Schwankens, oder bedingt durch eine Mitbetheiligung des mittleren Kleinhirnschenkels; aus der Richtung der Fallbewegungen ist ein sicherer Schluss für die Localisation nicht zu ziehen. Lichtheim (Jena.)

---

161) **A. Assagioli** u. **E. Bonvecchiato**: Hemiplegie und „Ataxia verbalis" bei einem Gliosarcom des rechten Frontallappens.

(Riv. sperim. IV. I. p. 89 ff.)

Verf. berichten über den durch die Ueberschrift bezeichneten Fall, in welchem Prof. M. Ceccarel intra vitam die entsprechende Diagnose gestellt hatte. Ein 47 Jahre alter Fuhrmann hatte 2 Jahre vor seiner Aufnahme ins Hospital über heftigen Frontalkopfschmerz und über Störungen in der Sprache geklagt; *er verwechselte die Worte.* Nach 6 Monaten begannen Bewegungsstörungen im linken Bein, das er nur schleppend bewegte. Bald darauf auch Parese des linken Arms, aber nach weiteren 3 Monaten kann Patient plötzlich wieder gut gehen und den Arm bewegen, trotzdem Kopfschmerz und Aphasie fortbestehen. Nach wieder 8 Monaten erscheint die Parese wieder, ist vollständiger als früher und mit einer leichten Paralyse

des unteren Theils der linken Gesichtshälfte vergesellschaftet. Letztere verschwindet wieder, die der Extremitäten wird noch schlimmer. Herz, Gefässe, Lungen normal, ebenso die Temperatur gleichmässig, keine Störungen der Digestions- und uropoetischen Organe. Patient war bisher bis auf ein Wechselfiber, gesund, speciell nie syphilitisch gewesen, und stammt von gesunden Eltern. Im Hospital tritt die Gesichtsparese wieder auf, die Hemiplegie wird vollständig und nach 12 Tagen stellen sich epileptiforme Anfälle und Erbrechen ein. Gleichzeitig *schwindet die Sprache gänzlich*, nur der Vocal a kann ausgesprochen werden. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, frei bewegt, und zittert nicht (Logoplegia). Nach dem 16. Tage der Aufnahme bis zu dem 6 Wochen darauf erfolgten Tode traten weder Convulsionen noch Erbrechen wieder auf; dagegen wurde die Intelligenz immer schwächer. Nachdem wieder plötzlich eine Besserung in der Bewegung der Extremitäten aufgetreten war, tritt eine Bronchitis hinzu, während welcher die Hemiplegie wieder vollständig wird und die Intelligenz ganz zu Grunde geht. Die früher in den paralytischen Gliedern intacte Sensibilität und Reflexbewegung schwindet jetzt, sogar auch auf der rechten Seite, wo nur noch Reflexbewegungen durch den electrischen Strom ausgelöst werden können — und Patient geht somnolent zu Grunde. — Indem die Verfasser die Reihenfolge der Symptome analysiren, kommen sie per exclusionem zu der Diagnose eines Tumors an der Stelle, welche die Section nachher als krank erwies. Die Neubildung, mikroskopisch als ein an einigen Stellen erweichtes Gliosarkom nachgewiesen, hatte die Hirnsubstanz und die Meningen zerstört. Sie nahm ein: an der äusseren Fläche den ganzen rechten Frontallappen mit Ausnahme des hinteren Endes der 3 Frontalwindungen und der „frontal. ascendens", an der medianen Fläche die ganze erste Frontalwindung und die obere Hälfte des gyr. furnicatus, an der unteren Fläche reichte sie bis zur F. Sylvii, und bei Aufhebung des Schläfenlappens sah man, dass sie etwa noch vier Fünftel der vorderen Fläche der Insel einnahm. Verticalschnitte zeigten, dass das Neoplasma die ganze weisse Substanz des Vorderlappens, die Spitze des nucl. caudat., das vordere Drittel der caps. intern., einen grossen Theil des Linsenkerns, der caps. externa und des nucl. taeniae zerstört hatte. An verschiedenen Punkten, entsprechend den beiden ersten Frontalwindungen waren Erweichungsherde vorhanden. Das ganze übrige Gehirn gesund. Salomon. (Hamburg).

---

162) **See:** Salicylsäure bei Nervenkrankheiten.

(Medicinische Studien über Salicylsäure und Salicylate nach französischen und englischen officiellen Berichten übersetzt von Wittich, herausgegeben durch F. von Heyden. Leipzig 1878.)

Die trefflichen Wirkungen der Salicylsäure bei Gicht und Gelenks-Rheumatismus legten es nahe, sie bei schmerzhaften Affectionen überhaupt zu versuchen. In 2 Fällen von schon alter *Neuralg. ischiadica* erfolgte die Heilung schon in wenigen Tagen, in 2 Fällen liess sie dagegen im Stiche, doch war unter diesen ein Fall von

schon 3jähriger Dauer, bei dem auch alle anderen Mittel keinen Erfolg gehabt hatten. Ein Kranker litt seit 10 Jahren an *Tic douloureux* des Gesichts, und brachte desshalb regelmässig mehrere Monate des Jahres im Spital zu; Chinin-Sulphat und Bromur hatte meist seine Schmerzen etwas gelindert. Nach 24 Stunden war er durch 10,00 Salicylat von allen Schmerzen befreit; nach 3 Tagen unterbrach er eigenmächtig den weiter vorgeschriebenen Gebrauch des Mittels und bekam in Folge dessen einen Rückfall. Er nahm nun abermals das Mittel, war in 48 Stünden geheilt (??) und verliess nach 14 Tagen das Hospital. *Heftiger chronischer Kopfschmerz oder Migraine* wurde bei 2 Kranken dadurch geheilt, dass sie 6 Tage lang täglich 4,00—6,00 Natr. salicyl. einnahmen. Beide hatten an beständigem Kopfweh gelitten; auch bei *Migraine* kamen günstige Erfolge vor, doch nicht constant und auch nicht besser, als bei Behandlung mit Chinin sulph. und Bromkali, welche Mittel in den meisten Fällen helfen. Bei schweren *Rückenmarks - Affectionen*, Myelitis superficialis, Sklerosis der Hinterstränge und andern Nervenstörungen, die schwer zu definiren sind und von heftigen anhaltenden Schmerzen in den Hüften, in der Gürtelgegend oder von unbestimmten, in ihrer Verbreitung nicht genau zu begrenzenden Schmerzempfindungen begleitet sind, bei den vielfachen Schmerzen, Hyperaesthesien, Krämpfen und partiellen Zusammenziehungen der Ataxie wurde Salicylsäure angewendet. Es traten bei diesen Kranken oft Perioden der Verschlimmerung ein mit schneidenden, blitzartigen Krämpfen, zuweilen mit den sog. Magenkrisen abwechselnd, und oft ganze Monate dauernd. Morphium und Chloral bleiben meist ohne Erfolg, sie setzen wohl einmal eine kleine Ruhepause, die Dosis muss aber dann bis zum Morphinismus und Chloralismus gesteigert werden. Electrische Ströme sind gerade während den Krisen nicht zu benützen, die Hydrotherapie leistet eben so wenig, wie Bromkali, das noch dazu die Kranken bedeutend schwächt. In diesen Fällen bringt das Natr. salicylicum meist ein unmittelbares Aufhören der Schmerzen hervor. Auch Bonchard wendete in diesen Fällen das Mittel zu 10,00 an und die Schmerzen hörten noch an demselben Tage oder am andern Morgen auf. Nach wenigen Tagen Unterbrechung musste man fast immer wieder zu dem Mittel zurückkehren, und nach 10—14 Tagen hörten die Schmerzen dann in definitiver Weise auf. In einem Falle verschwanden die Schmerzen nach 2 Tagen, als aber der Kranke wegen Ohrensausen und Schwerhörigkeit das Mittel nicht weiter nehmen wollte, erschienen die Krisen neuerdings und schwanden dann in definitiver Weise, nachdem der Kranke zu dem Mittel zurückgekehrt war. Auch Vidal beobachtete ein Schwinden der Schmerzen nach dem Gebrauche des Mittels, und blieb nur ein schmerzloser Krampf in den Füssen beim Gehen zurück. Auch in 3 Fällen von *Myelitis* gelang es durch Salicylate die Schmerzen zu stillen, doch schienen sie die Muskelschwäche zu vermehren und wurden daher sofort nach Schwinden der Schmerzen ausgesetzt.

Smoler (Prag).

---

**163) Wilhelm Sander** (Berlin): Ueber die Beziehungen der Augen zum wachen und schlafenden Zustande des Gehirns und über ihre Veränderungen bei Krankheiten.

(Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten Bd. IX. Heft I.)

Man kann bei schlafenden Menschen, ohne sie zu wecken, mit einiger Vorsicht die Augenlider so weit von einander entfernen, dass man die Cornea, manchmal auch einen grösseren Raum übersehen kann.

Lange Jahre fortgesetzte derartige Untersuchungen des Verf. haben zu interessanten Ergebnissen über das Verhalten des Auges im Schlafe und über gewisse Beziehungen dieses Verhaltens zu pathologischen Hirnzuständen geführt. Gegenüber der Ansicht, dass im Schlafe die Bulbi nach innen und oben gerollt sind, fand Sander vielmehr eine *mittlere Stellung* derselben, eine Art Gleichgewichtsstellung, mit parallelen in die Ferne gerichteten Sehaxen, während im Stadium des Einschlafens, oder beim unvollständigen Erwachen in der That die Augen sich langsam nach oben und innen bewegen, als ob sie das Licht vermeiden und den Schutz des oberen deckenden Lides wieder aufsuchen wollten. Pendelnde Bewegungen der Bulbi und abweichende Stellung derselben dürften, wenigstens bei *Erwachsenen*, als Zeichen eines *abnorm tiefen* Schlafes, meist wohl sogar eines *soporösen* Zustandes, zu betrachten sein. So sieht man im soporösen Stadium des epileptischen Anfalls die Bulbi langsam von einer Seite zur andern, auch nach oben oder unten rollen, meist gleichsinnig, doch auch in entgegengesetzter Richtung; während diese Bewegungen aufhören, sobald wirklicher Schlaf eintritt.

Eine allgemein bekannte Erscheinung ist ferner die hochgradige *Enge der Pupillen* während des Schlafes. Jeder den Schlafenden treffende Reiz (besonders ein sensibler oder akustischer) führt zu einer dem Grade des Erwachens *entsprechenden*, nur langsam wieder zurückgehenden *Erweiterung*, die bei vollständigem Erwachen sehr bedeutend wird und erst dann der der Beleuchtung entsprechenden Grösse Platz macht, wenn der Erwachte vollständig zu sich gekommen ist. Im Chloralschlaf verhält sich die Pupille ebenso, wie in natürlichen, dagegen erweitert sich in soporösen Zuständen die verengte Pupille auf Reize entweder gar nicht, oder nur sehr wenig, je nach der Tiefe des Sopor.

Eine andere, bisher nur wenig beachtete Erscheinung am schlafenden Auge, wenn der Schlaf schon etwas länger angedauert hat, ist die eigenthümlich *glanzlose Beschaffenheit* der Cornea, welche dadurch bedingt ist, dass sie, und auch in geringerem Grade die Sklera, mit einer zähen, schleimigen Flüssigkeit bedeckt ist. Sander ist der Ansicht, dass es sich um eine, den schlafenden Zustand des Gehirns begleitende Veränderung des Sekrets handelt. Auf eine nähere physiologische Erklärung für die Verengung der Pupille im Schlafe und deren Erweiterung durch einwirkende Reize müssen wir vorläufig verzichten; Thatsache ist, dass die Zustände des Gehirns als des psychischen Organs einen Einfluss auf gewisse wechselnde Erscheinungen an den Augen haben und nach Verf. ist dieser Einfluss wahrscheinlich ein directer und unmittelbar vom Centralorgan ausgehender.

Aehnliche Erscheinungen, wie die des Schlafes am Auge, beobachten wir bei der Einwirkung einiger toxischen Substanzen (Morphium, Chloral, Alcohol); sodann als ein prognostisch sehr ungünstiges Zeichen beim acuten Delirium, ferner in anderen Zuständen, welche bei Epileptischen nach gehäuften Anfällen, bei paralytischen Geisteskranken und bei anderen organischen Hirnkrankheiten vorkommen. Enge Pupillen im Beginne psychischer Aufregungszustände sind bekanntlich von übler prognostischer Bedeutung. Der Angabe von Seifert, dass eine abnorme Beweglichkeit der Iris gegen die völlige Genesung von Geisteskranken spreche, glaubt Sander wenigstens in so weit beistimmen zu können, als bei vielen Genesenen von den während der Krankheit beobachteten auffälligen Erscheinungen der Iris nichts mehr zu sehen ist.

Eine Differenz der Pupillen hat man von jeher als ein wichtiges Symptom der paralytischen Geistesstörung aufgestellt und vielfach dabei die Frage discutirt, welche von den beiden Pupillen, die engere oder die weitere, die kranke ist. Zuerst handelt es sich darum, ob die differente Grösse der Pupille mit anderen differenten Erscheinungen, welche den Zustand des Wachens und Schlafens characterisiren, verbunden ist. So erscheint nicht selten auf der Seite der engeren Pupille auch die Lidspalte enger, bisweilen auch von einem Zurücksinken und von Schlaffheit des Bulbus begleitet. Nicht so häufig verbindet sich die weitere Pupille mit einem Hervortreten des Bulbus, mit einer weiteren Lidspalte. Seltener und meist nur in geringem Grade vorhanden ist ein mattes Aussehen des einen Auges mit der engeren Pupille. Ein anderes wohl zu beachtendes Moment ist das Verhalten der differenten Pupillen im Schlafe. Bisweilen verkleinern sich beide zu der dem Schlafe gleichen Grösse, viel häufiger beobachtet man, dass beide Pupillen sich im Schlafe entweder gar nicht, oder wenigstens nicht der Norm entsprechend verengen. Endlich ist es nicht selten, dass die im Wachen weitere Pupille im Schlafe auch weiter bleibt. Dieses Verhalten zeigten 11 paralytische und 2 anderweitig Hirnkranke, aber kein an einfacher Psychose Leidender. Bei Paralytischen mit hochgradiger Myosis tritt nicht selten im Schlafe eine geringe Erweiterung ein, so dass man also auf den Wegfall eines im Wachen beständig einwirkenden Reizes auf den Sphincter schliessen muss. — Von Wichtigkeit ist es schliesslich, dieses Verhalten der Pupillen im Schlaf mit dem Verhalten bei der Reaction auf Licht und bei der Accomodation und Convergenz zu vergleichen. Sander's Untersuchungen ergaben, dass die Einwirkung des Schlafes auf die Pupillen bei der Paralyse viel häufiger von der Norm abweicht, als dies bei der Wirkung jener Factoren der Fall ist.

Berger (Breslau).

---

164) **W. Mac-Cormac:** Traumatic lesion of left Hemisphere.

(Brain, Juli 1878 II. S. 256.)

Ein 27jähriger Maurer konnte, von einem hoch herabfallenden Ziegelstück an der linken Seite des Kopfes getroffen, noch das Hospital aufsuchen, woselbst

eine complicirte Schädelwunde mit Depression der Knochenstücke, eine leichte Parese des rechten Arms, Aphasie und vollkommenes Freisein des Patienten von Schmerzempfindungen constatirt wurde. Unter antiseptischen Cautelen wurde die Schädelwunde untersucht und nach Entfernung kleiner Fragmente ein spitzes Knochenstück, welches durch die Dura in das Gehirn ragte, extrahirt. Die Dura war in der Grösse eines Sixpencestücks zerstört, das Gehirn an dieser Stelle zertrümmert, quoll hervor. Der Sitz der Verletzung war etwa die Mitte einer Verbindungslinie zwischen Ohrläppchen und Suttura sagittalis. Der nicht narcotisirte Pat. war vollkommen bei Bewusstsein und schien keine Schmerzen zu empfinden. In den nächsten Tagen trat eine deutliche Facialisparese und eine Paralyse der rechten oberen Extremität auf, ab und zu stellte sich Erbrechen ohne vorhergegangene Uebelkeit ein; eine Sensibilitätsstörung in den gelähmten Theilen war nicht zu constatiren. Sieben Tage nach der Verletzung trat plötzlich ein Krampfanfall in den Gesichts- und Kaumuskeln der rechten Seite auf, Pat. wurde bewusstlos, die Augenachsen waren nach rechts gedreht und die Muskeln des linken Armes wurden 10 minutenlang starr. Nachdem dieser Zustand etwa eine Stunde angedauert hatte, brach ein epileptischer Anfall der zwei Minuten währte, aus, und bald darauf kehrte das Bewusstsein wieder zurück; Patient schlief ein und befand sich am nächsten Tage wieder im Status quo ante. Bald kehrte die Beweglichkeit des Armes wieder, die Facialisparese und die Aphasie schwanden, und 5 Wochen nach dem Unfalle konnte Pat. geheilt entlassen werden.

In einer Note zu diesem Falle bemerkt Ferrier, dass abgesehen von dem chirurgischen Interesse, welches die Krankengeschichte biete, der Fall wegen der begleitenden Aphasie und wegen des wahrscheinlichen Sitzes der Verletzung im unteren Theile der Centralwindungen (ascending convolutions) von Wichtigkeit sei, da die Symptome sich mit den Resultaten der bekannten Experimente auf das befriedigendste deckten und er weist ferner darauf hin, dass Lähmungen die durch Verletzungen der Gehirnrinde bedingt sind, nicht von Sensibilitätsstörungen begleitet werden.

Rosenbach (Breslau).

---

165) **Guéniot:** Nicotinamaurose. Differentialdiagnose mit der Alkoholamaurose.

(Journal de Médicine, Bruxelles 1878. Aprilheft. Nach L'Abeille médicale.)

Man weiss schon lange, dass die Arbeiter der Tabaksmanufactur Conjunctiviten unterworfen sind; weniger bekannt sind die durch Missbrauch des Rauchtabaks hervorgebrachten Gesichtsstörungen. Nach Guéniot's Specialstudien hätte die Nicotinamaurose folgende Charactere:

1. Die Nicotinamaurose fängt immer auf einem Auge an und ist nie von vorne herein doppelseitig.
2. Das rechte Auge ist zuerst afficirt, obwohl Hutchinson und Aportoli das Gegentheil annehmen.
3. Von Anfang an sieht der Kranke in einen Nebel, welcher nach und nach dichter wird;
4. Gleichzeitig mit dem Nebel existirt ein Central-Scotom;
5. Anfangs giebt sich eine Schwäche in der Central-Sehschärfe kund, während die peripherische Perception zunächst normal bleibt;

6. Guéniot hat niemals besondere Schmerzen oder Cephalgie beobachtet;
7. Mit dem Auftreten des Nebels sehen die Kranken zeitweise die Gegenstände gelb;
8. Immer sehen die Kranken des Abends weniger gut;
9. Fast immer sind die Pupillen verengt und unbeweglich;
10. Die Krankheit, welche ziemlich schnell verläuft, kann mit Atrophie der Papille endigen.

Nach der Ansicht von Guéniot können Nicotin- und Alkoholamaurose von einander unterschieden werden:

1. weil die Alcoholamaurose von vornherein auf beiden Augen beginne, während die Nicotinamaurose anfangs immer unilateral sei;
2. dadurch, dass bei der Existenz von Centralscotomen in beiden Krankheiten mouches volantes nur bei der Nicotinintoxication sich zeigten;
3. dadurch, dass Schmerzen bei der Alcoholamaurose vorkämen, nicht aber bei der durch Tabak herbeigeführten;
4. dadurch, dass der Alcoholist des Abends besser sähe, bei der Nicotinamaurose sei es im Beginne umgekehrt.

Beide Krankheiten könnten mit Papillenatrophie endigen; die Nicotinamaurose verlaufe schneller.

Kohlmann (Remagen).

---

166) **Saemisch**: Amblyopia nicotiana.

(Vortrag, gehalten im ärztl. Verein des Reg.-Bez. Cöln am 24. Mai 1878.)

Die Amblyopia nicot. characterisirt sich dadurch, dass bei sonst gesunden Individuen, welche anhaltend viel Tabak gewöhnlichster Sorte geraucht haben,

1. eine Herabsetzung der centralen Sehschärfe auf beiden Augen meist gleichmässig sich entwickelt,
2. ein centrales negatives Farbenscotom, meist nur für grün und roth sich einstellt,
3. keine adaequate Herabsetzung des Lichtsinns, im Gegentheil aber relativ gesteigerte Empfindlichkeit gegen das Licht sich einstellt,
4. im Wesentlichen, sicher in der ersten Zeit der Erkrankung keine Veränderungen im Augenhintergrunde auftreten,
5. und schliesslich dadurch, dass die Sehstörung wieder verschwinden kann, wenn die ihr zu Grunde liegende chronische Nicotinintoxication durch Abschneiden weiterer Zufuhr des Lichtes elinimirt wird.

---

167) **Thomas Buzzard**: On a prolonged first stage of tabes dorsalis.

(Brain, Juli 1878, II. S. 168.)

Ein 50jähriger Mann, der sich seit 14 Jahren in der Beobachtung des Verf. befindet, hat seit 17 Jahren nicht weniger als 180 Attaken eines Herpes Zoster der oberen Gesässgegend durchgemacht, der in den früheren Jahren stets die rechte Seite, in den letzten abwechselnd auch die linke Seite befällt nur mit Ausnahme der ersten zwei Jahre des Leidens, in denen die Eruptionen

schmerzlos erfolgten, mit heftigen blitzenden Schmerzen an einer oder an beiden unteren Extremitäten, sowohl an der Hinter- als an der Vorderfläche derselben vergesellschaftet ist. Diese Schmerzanfälle, deren Dauer eine verschiedene ist, traten meist zugleich mit den Bläschen auf, bisweilen gehen sie dem Ausbruch voran, sehr selten traten sie erst später ein und es sind nach Angaben des Pat. sowohl die blitzenden Schmerzen, als die Eruptionen mit gastrischen Störungen verbunden oder hängen von Indigestionen ab. Vor 16 Jahren wurde Pat. auf dem rechten, ein Jahr darauf auf dem linken Auge amaurotisch. Etwas später traten häufige Pollutionen auf, Pat. litt an Schlaflosigkeit und Verdauungsstörungen. Die Untersuchung des Pat. ergiebt ausser den hochgradigen Störungen in der Sehsphäre (ophthalmoskopisch ist eine Atrophie der Papille opt. nachzuweisen) nur noch einen Mangel der Sehnenreflexe. Die Sensibilität ist vollkommen normal (bisweilen traten blitzende Schmerzen auch in der rechten Brustseite auf); und ist keine Spur von Ataxie oder Coordinationsstörung vorhanden; die Motilität ist eine ungeschwächte bis auf eine geringe Ermüdung beim Gehen.

Verf. hält die Atrophie der optici, das Fehlen des Patellarreflexes und die blitzenden Schmerzen sowie die gastrischen Störungen für genügend, um trotz des Fehlens aller sonst für Tabes characteristischen Symptome, die Diagnose auf ein potrahirtes erstes Stadium (17 Jahre!) dieses Leidens zu stellen und stützt sich dabei auf den bekannten Fall von Charcot, der bei der Untersuchung des Rückenmarkes einer Frau, die lange Jahre nur an blitzenden Schmerzen gelitten hatte, eine Kernvermehrung der Neuroglia der Hinterstränge ohne Atrophie von Nervenfasern gefunden hatte.

Rosenbach (Breslau).

---

168) Zur Gehirnpathologie.

**Byron Bramwell**: Cases of Intra-craniel Tumours.
(Edinbourghe medical Journal: 1878. August.)

**Frank Woodbury**: Cases of Lesion of the base of the brain.
(American Journal of the medical sciences. 1878. Juli.)

**M. Rosenthal** (Wien): Beiträge zur Kenntniss der motorischen Rindencentren des Menschenhirnes.

Ein Patient von Bramwell litt an Convulsionsparoxysmen dreierlei Art: leichten, mittleren und schweren Anfällen. Der leichtere Grad bestand in Convulsionen der Gesichts- und Nackenmuskeln allein. Beide Augen wurden geschlossen, der rechte Mundwinkel nach unten verzogen, das Platysma starr contrahirt; dann traten Zuckungen beider Augenlider auf, Kopf und Augen wurden leicht nach rechts gedreht. Am Schlusse gingen die Augäpfel nach links und aufwärts, Patient schlief ein. Bei den mittleren Graden erstreckte sich der Krampf auch auf den rechten Arm und das rechte Bein; und zwar betheiligten sich am Arme die Flexoren, am Beine die Extensoren hauptsächlich an den Convulsionen; nie wurde eine Bewegung im Hüft- oder Kniegelenke beobachtet. Die schweren Paroxysmen waren allgemeine Convulsionen. Nachdem die Krämpfe mit Gesichts- und Nackenkrampf begonnen hatten, schritten sie in das zweite Stadium über, und dann wurde auch der linke Arm

und nach diesem das linke Bein ergriffen, schliesslich trat Schaum vor den Mund. Wenn der Krampf in Arm und Bein nachliess, waren die Gesichtsmuskeln noch in starkem Krampf. Die rechte Seite war immer stärker ergriffen. Die leichten Anfälle traten alle paar Minuten, die gemässigten häufig, die schweren ca. 6—8 mal in 24 Stunden auf. — Nähere Angaben über Aetiologie, Dauer der Krankheit etc. fehlen.

Die Autopsie ergab eine umschriebene Gehirnlaesion, welche im Gyrus postcentralis 1 Zoll oberhalb der sylvischen Spalte, entsprechend einer kleinen Furche, die vom Sulcus Rolando zum Sulc. parietalis hinzieht, gelegen war. — Auch hier mangeln nähere Angaben über die „sorgfältig gemachte" microscopische Untersuchung, wie Maasangaben von der Laesion.

Der zweite Kranke war ein Arbeiter von 27 Jahren, der im Januar 1876 wegen Husten, Athembeschwerden und linkseitiger Hemiplegie in ärztliche Behandlung kam. Nach einer 5 Wochen vorher stattgehabten Erkältung traten zuerst Husten und Athembeschwerden auf und 3 Wochen darnach (8. I. 1876) verlor der Kranke plötzlich den Gebrauch seiner linken Hand, indem ihm während der Arbeit die Schaufel entfiel. Vorboten, wie Kopfschmerz, Zittern, Sprachstörung, Schwindel waren nicht beobachtet worden. Am 13. I. erfolgte ein Anfall von Convulsionen im linken Arm und Beine; beide Augen „arbeiteten". Das Bewusstsein blieb erhalten. Nach dem Anfalle blieb Aphasie und linkseitige Lähmung zurück.

Am 15. und 17. I. wiederholte sich der Anfall. Arm und Bein erlangten ziemlich ihre Beweglichkeit, auch die Aphasie ververschwand bis auf eine leichte Häsitation.

Der Status am 27. I. ergab ausser beträchtlicher Lungeninfiltration, grosse Muskelschwäche im linken Arm und Bein und im Gesicht; der Daumen und die Finger der linken Hand völlig gelähmt, im Daumen und in den Fingerspitzen die Sensibilität erloschen, im übrigen Vorderarm abgeschwächt; häufige Convulsionen im linken Platysma, orbicularis und levator palpebrae.

Der Kranke verfiel rasch und starb am 9. II.

Kopfschmerz, Erbrechen und andere Gehirnsymptome waren nie beobachtet worden.

Bei der Section fand man die Arachnoidea und Pia in der rechten Fissura Rolando, und auf dem Gyr. praecentral und postcentralis adhärent; besetzt an dieser Stelle mit zahlreichen Tuberkelknötchen; im untern Theil der Windungen war auch die Gehirnsubstanz in der ganzen Dicke der grauen Substanz erweicht, während die weisse intact war. Ausser einigen kleinen Tuberkelgruppen in der rechten und linken Fossa Sylvii waren die übrigen Theile der Häute und des Gehirns gesund. Die ergriffene Partie entsprach den Ferrier-schen Centren 11, 10, 9, 8 und 7. Bezüglich des Zusammenfallens der Aphasie mit linkseitiger Lähmung ist noch erwähnt, dass der Patient ambidexter war.

Woodbury veröffentlicht ebenfalls zwei Fälle.

Ein 36jähriger Buchhalter hatte sich kurz nach einem Gelage eine linkseitige Radiallähmung zugezogen, indem der linke Arm während des Schlafes unbedeckt

über die Bettstelle herabhing. Unter ärztlicher Behandlung besserte sich die Lähmung ziemlich rasch, blieb aber dann in einem leichtern Grade stationär. Allmählich gesellte sich Schwerbeweglichkeit der Zunge, Gefühl des Dickerwerdens derselben, Behinderung in der Aussprache einzelner Worte und Starrheit der Lippen hinzu. Der Gesichtsausdruck verlor sich theilweise. Im Verlaufe mehrerer Wochen waren die Lähmungserscheinungen am Arme verschwunden, die Symptome einer Glosso-Labialparalyse wenig ausgesprochen mehr. Dann aber kamen Anfälle, in welchen der Kranke bei erhaltenem Bewusstsein zusammenstürzte und nach welchen die Paralyse des linken Armes mit linkseitiger Facialislähmung und Abweichen der Zungenspitze nach links wieder auftrat. In den letzten Tagen vor dem Tode, der ca. 2½ Monate nach Beginn des Leidens eintrat, hatte sich die Lähmung auch auf das linke Bein ausgebreitet. — Der Sectionsbefund war ausgedehnte Erweichung des Gehirns, betreffend den rechten Parietal- und beinahe den ganzen Frontallappen, sowie den rechten Streifenhügel und den vorderen Rand des Sehhügels. In der rechten mittleren Cerebralarterie befand sich vor der Theilung ein ca. 1 Zoll langer Thrombus, der das Gefäss völlig verschloss. Die übrigen Organe normal.

Der *zweite Kranke*, ein Dachdecker, war bis zu seiner letzten Erkrankung gesund gewesen, nur hatte er 5 Jahre vorher einen Fall mit heftigem Aufschlagen des Hinterkopfes, doch ohne weitere Folgen, erlitten.

Im August 1877 nun bekam Patient häufig Schwindelanfälle und lautes Ohrengeräusch; der Gang wurde unsicher, Pat. taumelte wie ein Betrunkener. Er konnte im Dunkeln oder mit geschlossenen Augen nicht Balance halten. Die Sensibilität war nicht gestört; einige Steifheit in den Armen und Beinen vorhanden. Unter Behandlung mit Jodkali besserte sich der Zustand im November und December. Dann aber trat wieder Verschlimmerung ein. Patient taumelte beim Stehen immer nach rückwärts, schliesslich vermochten ihn seine Beine nicht mehr zu tragen, während er in der Bettlage mit denselben jede gewünschte Bewegung ausführen konnte. Der Kopfschmerz und das Ohrensausen wichen, nachdem im März 1878 ein Haarseil im Nacken gezogen worden war. In den letzten 2—3 Wochen vor dem Tode traten Sprach- und Schlingbeschwerden auf; divergirendes Schielen und Diplopie war schon seit Februar vorhanden. Augenhintergrund normal. Gedächtnissschwäche, unwillkührliche Stuhlentleerungen, Bettnässen kamen hinzu. Nach 5tägigem Coma starb Patient am 10. April 1878.

Autopsie: Gehirnhäute leicht congestionirt, im Interpeduncularraum die Häute bindegewebig verdickt und adhärent; der Oculomotorius hier eingeschlossen. Im dritten Ventrikel ein wallnussgrosses Gliosarcom; keilförmig mit breiter unterer Basis, nach unten bis zu den Corpora albicantia, nach vorn bis zur vorderen Commissur sich erstreckend und einen schwanzförmigen Fortsatz in den Aquaeductus Sylvii sendend. Die Geschwulst drang in den Thalamus opticus ein, ohne sich vom gesunden Gewebe scharf abzugrenzen. Das rechte Corpus geniculatum intact, das linke kaum zu unterscheiden; die Corpora quadrigemina abgeflacht; der Fornix nach hinten erweicht; die Ventrikelwandungen intact. Das linke Crus cerebri und der Tractus opticus abgeflacht, sonst nicht verändert. Im Kleinhirn auf der oberen Fläche eine erweichte Stelle, die von der Mittellinie zur Mitte der rechten Hemisphäre sich hinzog und die Rinde, nicht aber das Mark betraf.

Verf. knüpft an die Mittheilung der beiden Fälle noch einige Sätze, die nichts besonders Bemerkenswerthes enthalten.

Rosenthal giebt als Beitrag zur Kenntniss der motorischen Rindencentren im Hirn 4 Krankheitsgeschichten mit Sectionsbefund.

1. Ein 4 Cm. im Durchmesser betragender, harter, käsiger, trockener Knoten, der in der Mitte der vorderen Centralwindung der linken Seite sass und den Gyrus frontalis medius mit einbezog, in die Markmasse sich erstreckte, die Ganglien aber nicht erreichte, mit erweichter Umgebung, hatte im Leben folgende Erscheinungen verursacht.

Unter Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen waren bei dem phthisischen Kranken Parese der rechten untern Gesichtsmuskeln und der oberen Extremität, besonders der Interossei-, Finger- und Carpusstrecken aufgetreten. Dazu gesellten sich zeitweise Krampfanfälle in rechtem Arm und Gesicht mit völligem Bewusstseinsverlust. Erst gegen Ende der Krankheit betheiligte sich auch die linke Körperhälfte an den Krämpfen. Eine ophthalmoscopische Untersuchung hatte Stauungspapille rechterseits ergeben.

2. Bei einem 69jährigen Emphysematiker war apoplectiform Lähmung der Zunge eingetreten. Die normal aussehende Zunge lag unbeweglich am Boden der Mundhöhle. Sensibilität, el. m. Contractilität waren nicht gestört, sonst keine weiteren Lähmungserscheinungen vorhanden, die automatischen Schlingbewegungen ungestört. Pat. starb an Marasmus und Bronchitis.

*Autopsie:* Hirn etwas atrophisch; in beiden Hemisphären Heerde von sog. Zelleninfiltration; *rechts* in der grauen und angrenzenden weissen Substanz des untern Endes der vorderen Centralwindung und des hintern Endes des Gyr. frontal. und infimus, *links* an der gleichen Stelle und im hintern Abschnitte des Gyr. front. medius. Es waren also hier beiderseitig die Hirnpartien erkrankt, in welchen die Centren für Lungenbewegung bei Thieren gefunden worden (F e r r i e r).

3. Bei einem an Lungentuberculose gestorbenen 46jährigen Taglöhner fand sich folgender Befund.

In der linken Supraorbitalgegend unter einer dreieckigen Narbe ein circa 4 Cm. im Durchmesser haltender Substanzverlust des Stirnbeins in seiner ganzen Dicke. Die Dura und innern Häute verdickt, bedecken eine wallnussgrosse Cyste mit klarem Serum, welche einen Substanzverlust im Hirn ausfüllt. Derselbe betrifft eine circa 3 Cm. im Durchmesser betragende Partie der convexen Fläche des linken Stirnlappens, und zwar der grauen und weissen Substanz der untern Stirnwindung unmittelbar hinter der Umbiegungsstelle von der convexen Fläche des Stirnlappens nach dessen Basis.

Diesen Substanzverlust hatte der Kranke in seinem 16. Jahre durch eine Verletzung mittelst eines auf ihn fallenden Balkens erlitten. Nach der Verletzung trat Bewusstlosigkeit auf, welche etwa 10 Minuten währte, dann aber erholte sich der Kranke sehr rasch. Sprach- oder Bewegungsstörungen sollen nicht vorhanden gewesen sein. Nach 14 Tagen wurde durch Trepanation ein Theil Knochen entfernt. Patient will durch die Verletzung fernerhin nicht die geringste Störung seines Befinden erlitten haben. — Die Untersuchung am Lebenden ergab *nur* eine Parese der linken untern Gesichtsmuskeln.

4. Eine ganseigrosse Geschwulst (Psamom) in der Dura mater vom hintern Ende der rechten Fläche des Proc. falciformis major ausgehend, welche zwischen die Windungen des rechten Hinterhauptlappens eindrang und sich auf Vorzwickel, Zwickel, Lob. occipital und sphenoidalis erstreckte, hatte im Leben keine motorische Störung verursacht.

Die beobachteten Symptome waren: intermittirender Hinterhauptsschmerz mit Ausstrahlung nach der linken Schulter und dem linken Arme, Ameisenkriechen und flüchtige Zuckungen in demselben, hochgradige Druckempfindlichkeit am Occiput, dem rechten Warzenfortsatz und den obern Halswirbeln. Die Sensibilität links merklich abgestumpft.

Es können also die beiden letzten Befunde eine pathologische Bestätigung bilden für die, auch durch die Experimente gestützte, Annahme, dass im Stirnhirn wie im Hinterhauptslappen keine motorischen Centra gelegen sind. Historische Bemerkungen und ausführliche theoretische Erörterungen müssen im Original nachgelesen werden. Karrer (Erlangen).

169) **Banze**: Multiple Tuberkeln im verlängerten Marke, in den Schläfen- und Mittellappen beider Hemisphären.

(Jahrb. f. Kinderh. X. Bd. 1. u. 5. Heft.)

Bei einem $4^1/_2$ Jahre alten phthisischen Knaben entwickelte sich als erste Erscheinung einer Herderkrankung im Gehirne Mitte Februar 1875 eine Parese des linken N. facialis, einige Wochen später bekam derselbe, ohne dass Vorboten vorausgegangen wären, Convulsionen, welche 6 Stunden dauerten und das Krankheitsbild eines schweren Gehirnprocesses zurückliessen (Bewusstlosigkeit, Cyanose, Muskelunruhe, unregelmässige Athmung etc.) Weiter Strabismus convergens des linken Auges, die Faciallähmung links wird prägnanter, Parese beider rechtsseitigen Extremitäten. Der Kranke überlebte diesen ersten Anfall von Convulsionen noch drei Monate, die Lähmungen besserten sich wieder. Mitte April bis Mitte Mai heftige maniakalische Zufälle; später Kopfschmerzen, häufiges Farbenwechseln, stärkere Prominenz des linken Bulbus, Schwerhörigkeit am linken Ohre. Tod unter dem Bilde einer Basalmeningitis. *Section*: Hydrocephalus acutus. Wallnussgrosser käsiger Tumor nach aussen der linken Olive und dem linken Corp restiform., sich hinauferstreckend in den unteren Abschnitt der linken Brückenhälfte und des linken Brückenarmes; nach aussen davon ein ähnlicher bohnengrosser Tumor. Die N. N. facial, acust. und vagus der linken Seite sind an der Austrittsstelle aus dem verlängerten Marke in der Geschwulst völlig aufgegangen; ferner 2 Tumoren (Tuberkeln) an der unteren Fläche des Schläfenlappens, 5 Tuberkeln an der unteren Fläche beider Mittellappen. Eitriges Exsudat an der Basis.

Eisenschütz. Med. chir. Rundschau. 1878. 9.

# Kleinere Mittheilungen.

29. Séguin: Cannabis indica. (New-York Medic. Record Dec. 8. 1877, citirt in The Journal of nerv, and. ment. disease 1878 Nro. 2. pag. 408.)

Verf. behandelt seit einiger Zeit mit sehr gutem Erfolge die Hemicranie selbst (nicht die Anfälle derselben) mittelst Cannabis indica, 50% Heilung und hält die Wirkung dieses Mittels der der Belladonna bei Epilepsie annalog. Die Gabe beträgt $^1/_8$ Gran (Extract? Ref.) vor jeder Mahlzeit und wird dieselbe bald auf $^1/_2$ Gran gesteigert; er legt das Hauptgewicht seiner Methode darauf, dass der Kranke längere Zeit unter dem Einflusse des Mittels sich befinde; Männer können mit $^1/_2$ Gran beginnen und auf $^3/_4$ Gran steigen. Verf. schliesst seinen Aufsatz mit einer Parallele zwischen Hemicranie und Epilepsie, dem indischen Hanf und Belladonna und zwar folgendermassen:

1) Hemicranie und Epilepsie sind beide charakterisirt durch anfallsweises Auftreten vasomotorischer Störungen; bei beiden Affec-

tionen erkrankt das verlängerte Mark primär oder secundär, ist auch Erblichkeit und wiederholtes Auftreten zu constatiren.

2) Cannabis und Belladonna erzeugen beide Intoxication und Delirien, beide erweitern die Pupille und wahrscheinlich wirkt ihr länger fortgeseszter Gebrauch ähnlich auf das Centralnervensystem.

Hinze (St. Petersburg).

30. Masarel: Eine neue Behandlungsmethode der Faciallähmungen. (Bullet. génér. de Therapeutique, citirt in the Journ. of nerv and mental disease 1878 Nro. 2. pag. 409.)

Verf. sticht eine Platinnadel 1—1$^{1}/_{2}$ Cm. tief in der Richtung des foramen Stylomastoideum, eine andere horizontal in die obern Fasern des Orbicularis und lässt durch beide 10—12 Minuten lang einen schwachen galvanischen Strom gehen, wobei starke Contractionen im Schliessmuskel auftreten. Am zweiten Tage wird die Operation wiederholt, nur wird die 2. Nadel unterhalb der Orbita eingestochen, an den folgenden Tagen (3—6) aber in die widerspenstigsten Muskeln wobei aber die eine Nadel immer am foramen Stylomastoideum eingeführt wird. Nach 7—8 tägiger Behandlung soll die Lähmung verschwinden, wofür 5 Fälle als Illustration angeführt werden.

Hinze (St. Petersburg).

31. Lomikowsky: Das laryngoscopische Bild bei der Sclerosis disseminata cerebrospinalis. (Medizinsky Westnik 1878. Nro. 27.)

Bei einem sehr ausgesprochenem, in der medicinischen Klinik des Prof. Laschkewitsch zu Charkow beobachteten Fall von disseminirter Sclerose der Centralorgane mit Nystagmus und Parese der Mm. recti. interni bemerkte Verf. ein Ueberspringen der Stimme, vox anserina schon bei einfachem Gespräche, welches von der Unmöglichkeit, die Stimmbänder erforderlich lange in einem und demselben Grade der Spannung zu erhalten, abhing. Beim längern Intoniren von e und i, besonders des letztern Vocals sah man mit dem Laryngoscop ein fortwährendes unregelmässiges Vibriren der Stimmbänder und schreibt Verf. diese Erscheinung einer *Coordinationsstörung der Kehlkopfmuskeln* zu, welche ihrerseits wieder in einer Affection der Medulla oblongata gründet. Hinze (St. Petersburg).

32) Buzzard: Neue Behandlungsmethode der Ischias. (Nach dem Practictioner citirt in Giorn. di medic. militare Nro. 6. 1878.)

Verf. erhitzt einen Ciselirstahl so weit, dass er Essig in Dampf verwandelt, bedeckt ihn mit einem vorläufig in Essig getauchten Flanellappen und applicirt ihn sofort auf die schmerzende Stelle; eine 2—3 malige Wiederholung dieser Procedur im Laufe des Tages soll eine Heilung in etwas mehr als 24 Stunden hervorbringen. B. meint, dass das Eisen durch das wiederholte Erhitzen magnetisch werde und dass es in Verbindung mit dem sauren Stoffe Electricität entwickele welche ihrer Menge nach der von einer galvanischen Kette producirten entspreche (?) Hinze (St. Petersburg).

33) Abadie: De quelques troubles oculaires nerveux, de nature hystériques, et de leur traitement par la métallothérapie. (Le progrés medicale 1878, 28.)

Verf. betont zunächst, dass eine Reihe von Fällen, die als congenitale Amaurosen einhergehen, sich bei genauerer Untersuchung

als hysterische Amblyopien herausstellen, die meist — jedoch nicht immer — mit Hemianaesthesie verbunden sind. Gleich wie bei der gewöhnlichen halbseitigen Gefühlsstörung Hysterischer seien auch bei diesen Sehstörungen die Erfolge, welche die Metallotherapie aufzuweisen hat, sehr günstige. Auch hier tritt die Erscheinung auf, dass die Aufbesserung der gestörten Functionen auf einer Seite auf Kosten jener der anderen Seite Statt findet, d. h. während das bisher blinde Auge allmählig unter der Einwirkung der Metallplatten sehend wird, nimmt die Sehschärfe des bisher sehenden proportional ab. Meist wurden einige 20 Francstücke auf die Stirne oder Schläfe applicirt. Dasselbe Verfahren mit gleich günstigem Erfolge empfiehlt sich auch bei Störungen des Farbensinnes bei scheinbar erhaltener Sehschärfe.

Erlenmeyer.

34) Binswanger. Ueber Epilepsia vasomotoria. (Berlin. Klin. W. 1878, Nr. 26, 27.)

Verf. theilt 3 von ihm in der Göttinger Irrenanstalt beobachtete Fälle geisteskranker Epileptiker mit, die zur Zeit psychisch-epileptischer Aequivalente (Fall 1 u. 2) oder im Verlaufe gehäufter Anfälle bei Hinzutritt einer stärkeren psychischen Erregung (Fall 3) eine auffällige und typisch auftretende Mitbetheiligung der vasomotorischen Sphäre darboten. Dieselbe bestand in Temperatursteigerungen mittleren Grades (ja einmal in Fall 1 u. 2 sogar Temperaturen von 39,4° 40,2°) Turgescenz der Haut bei profuser Schweisssecretion und beschleunigtem, weichem, vollem, häufig dicrotem Pulse, sowie bedeutender Verminderung der Urinsecretion unter Steigerung des spez. Gewichts. Eiweissaustritt wurde dabei nur in vereinzelten Fällen beobachtet. Verf. glaubt diese auffallenden Erscheinungen auf eine Lähmung (Reflexhemmung) des vasomotorischen Centrums zurückführen und für solche Fälle den Namen der Epilepsia vasomotoria aufrecht erhalten zu dürfen.

Rosenbach (Breslau).

35) Auf dem anthropologischen Congresse in Paris legte Prof. Benedict die Resultate seiner Studien an 19 Verbrecher*gehirnen* aus Ungarn vor und consatirte, dass diese Gehirne abnorm sind und dass z. B. Verbindungen der Furchen viel öfter vorkommen und viel zahlreicher sind als bei normalen Individuen. Hieraus bemerkte Bodier, dass auch die Verbrecher*schädel* Abnormitäten darbieten: er habe die 36 Mörderschädel der französischen anthropologischen Ausstellung studirt und durchschnittlich Abnormitäten oder Defecte constatirt. Broca unterstützte energisch die Sätze der Vorredner und erklärte, dass er die Verbrecher als abnorme Geschöpfe anerkenne, und zwar sowohl im moralischen, wie im physischen Sinne. (Oester. ärztl. Ver.-Z. 1878, 19.)

36) Alkohol, Geistesstörung und Selbstmord. Lunier wies in einer statistischen Arbeit nach, dass der Genuss von Alkohol in Frankreich um mehr als das Doppelte in 40 Jahren zugenommen hat; 1831 kam auf den Kopf 1,09 Liter, während es 1873 schon 2,84 Liter waren. In gleichem Verhältnisse haben sich die Fälle von Seelenstörung durch Alkoholgenuss gesteigert: 1831 waren es 7,067 %, 1874 bis 1876: 13,94 %. Die Selbstmorde der Säufer betrugen 1849: 6,69 %; 1876 schon 13,41 %. (Lyon médicale.)

# Bitte an unsere Herren Mitarbeiter.

Da wir auch fernerhin an der Gewohnheit festhalten wollen, das CENTRALBLATT in den ersten Tagen des Monats zu versenden, das Manuscript aber, um ein zu langes Stehenbleiben des Satzes zu vermeiden, nicht vor dem 21. des Monats in die Druckerei eingeliefert werden kann, so ist bei dieser kurzen Arbeitszeit *die Einsendung der Correctur an die Herren Mitarbeiter absolut unausführbar.* Die Herren können aber auf andere Weise die Mühe des Satzes und der Correctur erheblich erleichtern und somit die Herstellung des Centralblattes wesentlich fördern — und darauf zielt unsere heutige Bitte ab — nämlich durch ein *möglichst deutlich und dem Setzer leserlich geschriebenes Manuscript.* Ueber Setzer, die Medicin studirt haben, verfügen wir nicht, und dass ein Manuscript, dessen Inhalt ja auch bei leserlichster Schrift dem Arbeiter unverständlich ist, nur mit der grössten Mühe gesetzt werden kann, das sollte sich jeder Autor jeden Augenblick vergegenwärtigen. *Also leserliche Manuscripte mit besonders deutlich geschriebenen Eigennamen und Terminis technicis,* darum bitten wir dringend. Die Red.

---

## Briefkasten der Redaction.

M. Berlin. Besten Dank f. d. Uebers. des genauen Sectionsprotoc. von Nobiling; von einem Abdr. müssen wir jedoch abstehen, da der Befund eines Gehirnabscesses auch unter bewussten Umständen nur geringes wissensch. Interesse bietet. Es geht Dir hoffentlich gut; herzl. Gruss. Dom. Krakau. Habe in Cassel zweimal im „Rheinischen Hof“ vergeblich nach Ihnen gefragt; man kannte Sie gar nicht und wies mich ab. Ihr Name stand nicht im Fremdenbuch. Emm. Würzburg. Brief erhalten, besten Dank für die Auskunft; bin gleicher Ansicht in der Attestsache. K. Erlangen. Die Aenderung soll geleg. nach Ihrem Wunsche vorgenommen werden. Die fehlenden Nummern gedenke ich Ihnen nächstdem zu besorgen. Kornf. Wohlau. Wir nehmen nur Referate über ganz neue Arbeiten auf; das einges. bespricht eine Arbeit von 1875, muss desshalb ausfallen. Sal. Hamburg. Die Interna nicht besprechen; das Andere ohne mein Zuthun geschehen. Besten Gruss. Berg. Breslau. Die Betreffende war noch nicht hier. Bourn. Paris. Nro. 1—7, 10—14 vom Progrès med. haben wir nicht erhalten. Gaz. del fren. di. Reggio Emilia. Besten Dank. Nro. 3 fehlt aber.

---

## Briefkasten der Expedition.

Diejenigen Herren, welche mit dem Abonnementsbetrag noch rückständig sind, werden ersucht denselben franco einzusenden; nach dem 15. October werden wir uns im andern Falle erlauben denselben per Nachnahme zu erheben.

---

## Druckfehler.

In Nro. 9. Seite 211 Zeile 21 v. u. lies acht Tagen statt 8 Stunden.
„ „ „ 1 „ „ „ die Muskelkraft statt Muskegefühl.
„ 244 „ 20 „ o. „ Sehnervenatrophie statt Sehnenatrophie.

---

Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT

für

# Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt

von

**Dr. med. A. ERLENMEYER,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

**Monatlich eine Nummer — $1^1/_2$ Bogen stark.**

Preis Halbjährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an. — Insertion auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

Nro. 11. 1. Jahrgang. 1878.

## Referate.

170) **Friedrich Schultze & Th. Rumpf** (Heidelberg): Zur Histologie der Degenerationsvorgänge im menschlichen Rückenmarke.
(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1878. Nro. 37.)

Ewald und Kühne haben durch die methodische Anwendung der Verdauung in den nervösen Geweben, sowohl in den peripheren Nerven, als in den Centralorganen, eine neue Substanz nachgewiesen, welche sie wegen ihrer ausserordentlichen Aehnlichkeit mit verhornten Epithelien und mit Hornsubstanz mit dem Namen des Neurokeratin belegten. Durch diese Entdeckung wird die erste Grundlage zur Erforschung der chemischen Natur der sogenannten Neuroglia gelegt, von welchem das Neurokeratin jedenfalls einen, vielleicht nicht unbeträchtlichen Theil ausmacht.

Fehlt auch zu einem Abschluss unserer Kenntnisse über das normale Verhalten der neuentdeckten Substanz noch viel (die ausführliche Arbeit von Ewald und Kühne über diesen Gegenstand steht noch aus), so mussten die gefundenen neuen Untersuchungsmethoden doch dazu auffordern, auf Grund unserer bisherigen Kenntnisse auch bei pathologischen Zuständen der Centralorgane das Verhalten des Neurokeratin zu studiren.

Die Verf. haben zunächt die sogenannte *graue Degeneration* oder *Sclerose* des Rückenmarks einer derartigen Untersuchung unterzogen;

In einem Falle der Friedreich'schen hereditären Ataxien, in welchem sich die typische Degeneration der Hinterstränge neben Degeneration der Seitenstränge und eines Theiles der Vorderstränge

vorfand (hochgradiger Schwund der Nervenfasern; Auftreten reichlicher, wellig gebogener, sehr dünner Fibrillen; Vorhandensein zahlreicher Corpora amylacea), zeigte sich nach der Pepsinverdauung von Präparaten, welche einige Stunden nach dem Tode der betreffenden Kranken in absoluten Alkohol gelegt waren, und deren Schnitte nach der Erhärtung durch Behandlung mit siedendem Alkohol und mit Aether völlig entmarkt waren, Folgendes:

An den verdauten *Querschnitten* sind die von der Pia her einstrahlenden Bindegewebszüge vollständig geschwunden; ebenso ist die feingranulirte Zeichnung, welche die dicht aneinandergedrängten Querschnitte der einzelnen Fibrillen an den degenerirten Partieen zu zeigen pflegen, nicht mehr zu erblicken. Auch die Axencylinder zeigen sich völlig verdaut. Von den Ganglienzellen ist nur ein Haufen von Pigmentkügelchen übrig geblieben; ob an diesen Zellen der Verdauung widerstehende Scheiden vorhanden waren, liess sich an unseren Präparaten nicht mit Sicherheit feststellen. *Uebrig geblieben* waren die *Kerne*, die *Corpora amylacea* und die *Hornscheiden.* Letztere zeigten sich aber in den degenerirten Abschnitten in sehr beträchtlichem Masse an Anzahl vermindert.

Auf den *Längsschnitten* sind die *welligen Fibrillen völlig verschwunden;* auch hier sind die Axencylinder verdaut. Die ausser den Kernen und ausser den Corpora amylacea restirenden Hornscheiden sind im Verhältniss zu Normalpräparaten nur in ausserordentlich geringer Menge vorhanden; hie und da sieht man Bilder, welche den Eindruck von zerklüfteten Theilen des Horngewebes machten. Im Grossen und Ganzen entspricht die Zahl der noch vorhandenen Scheiden etwa der geringen Summe der in den Degenerationsbezirken noch restirenden Nervenfasern. Es erhellt somit, dass die *Fibrillen*, welche sich bei der Strangsclerose im Rückenmarke zu finden pflegen, sich der Pepsinverdauung gegenüber wie *Bindegewebsfasern* verhalten (Bilder, wie sie sich bei der Verdauung von elastischen Fasern zeigen, liessen sich nicht constatiren); und es zeigt sich ferner, dass im Allgemeinen nur soviel Neurokeratin in den degenerirten Abschnitten des Rückenmarks übrig bleibt, als der restirenden geringen Anzahl von Nervenfasern entspricht. *Es wird somit das sonst so ungemein resistente Horngewebe der Nervensubstanz durch den pathologischen Prozess der Sclerose, oder* wenn man will, *der chronischen Entzündung völlig aufgelöst und zum Verschwinden gebracht.* Ob das Keratin der einzelnen Nervenfaser bei diesem Prozesse *zugleich* mit dem Mark und dem Axencylinder derselben zur Degeneration und zur Lösung gelangt, oder ob es nach oder vor dem Untergange der letztgenannten Substanzen stärkere Veränderungen erleidet, vermochten die Verf. an den gegebenen Präparaten nicht festzustellen.

Diejenige Form der fibrillären grauen Degeneration, welche in den späteren Stadien der secundären Degeneration sich einzustellen pflegt, und welche sich histologisch nicht im Geringsten von der primären grauen Degeneration unterscheiden lässt, ergab bei Untersuchung vermittelst der Pepsinverdauung die völlig gleichen Ergebnisse. Es wurde ein Fall, bei welchem sich nach einer trau-

matischen Myelitis der unteren Hälfte der Lenden-Anschwellung nach dem Verlaufe von 7 Jahren eine fibrilläre Degeneration der inneren Abschnitte der Goll'schen Stränge eingestellt hatte, untersucht.

Interessant erschien es, auch die früheren Stadien der secundären Degeneration auf das Verhalten des Neurokeratin zu untersuchen; jene Stadien, in welchen es sich vorzugsweise um eine Vermehrung des Bindegewebes mit beginnender Atrophie der Nervenfasern handelt, ohne dass bereits Körnchenzellen zur Entwickelung gekommen sind. In einem derartigen Falle, in welchem sich die Symptome einer Compressionsmyelitis des Dorsaltheiles 8 Wochen vor dem Tode eingestellt hatten, und mithin die secundäre Degeneration höchstens eben so alt sein konnte, zeigte sich das *Neurokeratingerüst völlig erhalten*, so weit sich dies an Nichtisolationspräparaten erkennen liess; nur schien es — und das war vorzugsweise an Längsschnitten deutlich — mehr zerklüftet und von unregelmässigerer Form zu sein, als im normalen Zustande. Das nicht unbeträchtlich vermehrte Bindegewebe war verdaut und hatte grössere Lücken zwischen den Nervenfasern zurückgelassen, die besonders an den angefertigten Querschnitten sich in ihrem Zusammenhang stark gelockert zeigten, so dass völlig cohärirende grössere Flächen derselben in den degenerirten Abschnitten kaum zu gewinnen waren. Diejenigen Abschnitte desselben Rückenmarks, welche in Müller'scher Flüssigkeit aufbewahrt wurden, zeigten auf das Deutlichste die gelb-weisse Verfärbung, durch welche die secundär entarteten Partien so leicht kenntlich sind; die vermittelst der Verdauungsmethode untersuchten Präparate waren der Halsanschwellung entnommen.

---

171) **Hughes Bennet**: Case of cerebral tumour-symptoms simulating hysteria.

(Brain I., April 1878. S. 114.)

Die 16jährige, den besten Ständen angehörige Patientin, welche hereditär stark belastet war, hatte schon in ihrer Jugend, trotz frühreifer geistiger Entwickelung wegen ihres boshaften Characters zu vielem Tadel Veranlassung gegeben. Auch in der Zeit der Pubertät hatte ihr Verhalten namentlich in sexueller Beziehung oft begründeten Verdacht veranlasst; dabei war sie unverträglich und hatte oft Lach- und Weinkrämpfe. In ihrem 15. Jahre erklärte sie einmal plötzlich, dass sie total blind sei; doch da die Sehstörung nach wenigen Tagen verschwand, und da sie unmittelbar nach einer ihr zudictirten Strafe aufgetreten war, so glaubte man, umsomehr, als die ärztliche Untersuchung keinen Grund für die Erblindung nachweisen konnte, an Simulation. Einige Zeit darauf trat wieder völlige Amaurose auf, und dazu gesellte sich noch complete Taubheit, welche aber nach einigen Wochen verschwand, während die Störungen der Sehsphäre unverändert blieben. Einen Monat später klagte Patientin über zunehmende Kraftlosigkeit in der linken Körperhälfte und über solche Schwäche in den unteren Extremitäten, dass sie nicht zu

gehen vermöchte. Als die Taubheit nach einiger Zeit sich wieder einstellte, consultirte Pat. den Verf. Die Untersuchung der Augen und Ohren des kräftigen, blühend aussehenden Mädchens gab keinen sicheren Aufschluss darüber, ob wirklich die Beschwerden der Pat. begründet seien, da sich keine sichtbaren pathologischen Veränderungen vorfanden. Die geistigen Fähigkeiten der Kranken, welche ihre Beschwerden sehr zu übertreiben schien, waren vollkommen intact. Ausser den Störungen von Seiten der Augen und des Gehörorgans klagte die Kranke noch über bisweilen auftretende, nur kurz dauernde Kopfschmerzen im Bereiche des Hinterhauptes. Störungen von Seiten der Sensibilität liessen sich nicht deutlich nachweisen. Die Bewegungsfähigkeit der unteren Extremitäten war, wenn die Kranke die Rückenlage einnahm, vollkommen erhalten, beim Stehen aber schwankte sie und hatte die Empfindung, als ob die Beine einknickten. Die fernere Untersuchung ergab an den übrigen Organen nichts abnormes mit Ausnahme der Genitalien, die auf starke Masturbation schliessen liessen. Der Stuhlgang war retardirt, die Menses hatten seit Beginn der Krankheit cessirt. Da sich alle consultirten Aerzte dahin aussprachen, dass eine schwere Hysterie vorliege, so wurden nur allgemein diätetische Massnahmen getroffen, durch die sich jedoch der Zustand der Patientin durchaus nicht günstiger gestaltete, denn es traten zahlreiche hysterischen ähnliche, durch Lachen, Weinen und Umherwerfen characterisirte Anfälle auf, während derer die Kranke oft nach der Wärterin schlug; nach einigen Wochen gab Patientin an, dass sie gar nicht mehr hören könne, während nach der Aussage der Wärterin die Kranke oftmals ganz gut zu hören im Stande war. Die Schwäche stieg auf den höchsten Grad, so dass bei allen Bewegungen die Hilfe des Wartepersonals in Anspruch genommen werden musste; es stellten sich immer häufiger jene Krämpfe ein, es traten Delirien auf und endlich starb Patientin im coma.

Bei der *Section* fanden sich mit Ausnahme des Hirns alle Organe gesund. Die Gehirnhäute waren sehr blutreich; in der r. Grosshirnhemisphäre fand sich ein hühnereigrosser Tumor von dunkelgrauer Farbe, weicher Consistenz und starker Vascularisation, dicht oberhalb des Seitenventrikels in der Markmasse so eingebettet, dass er mit dem Lumen des Ventrikels nicht communicirte, aber die Decke desselben stark herabdrängte. (Genaue Angaben fehlen, da durch ein Versehen das für weitere Untersuchungen aufbewahrte Präparat verloren ging.) Verf. erörtert die Schwierigkeit der Diagnose, da, wie die Krankheitsgeschichte' und Amaurose zeigen, alle Symptome zur Annahme einer schweren Hysterie drängten, während die gewöhnlichen Zeichen eines Hirntumors vollkommen fehlten; er ventilirt die Frage, ob die plötzliche Blindheit, die Taubheit etc. und die (bei Gehirntumoren so seltene) Lähmung der unteren Extremitäten auf eine plötzliche Anschwellung des sehr gefässreichen Tumors zurückzuführen sei und weist darauf hin, dass der Symptomencomplex, den man Hysterie zu nennen pflegt, mit organischen, schweren Gehirnerkrankungen vergesellschaftet sein kann.

Rosenbach (Breslau).

---

172) **v. d. Velde** (Strassburg i. E.): Fall von spastischer Spinalparalyse. Heilung.

(Berl. Klin. Wochenschrift. 1878. 38.)

Es handelt sich um ein psychisch-nervös abnormes Individuum von 27 Jahren, bei dem unmittelbar nach einem kalten Bade (Sprung in den Rhein suicidii causa, Gang in den durchnässten Kleidern 5—6 Kilometer) sich eine hochgradige spastische Spinalparalyse entwickelte: Paraparese die später in volle Paralyse überging, anfallsweise auftretender, oft mit profuser Schweisssecretion verbundener Tremor, sowohl in der Form der trépidation spontanée wie provoquée (Charcot). Exquisiter spastischer Gang, gesteigerte Sehenreflexe, die auf der Höhe der Krankheit auch an den Armen nachweisbar waren. Kaum merkliche Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit, keine Sensibilitätsstörungen, keine Sphincterenstörung, kein Decubitus. Bemerkenswerth war das s. g. „*Taschenmesserphänom*". „Lässt man den Pat. das in Extensionscontractur befindliche Bein flectiren, so gelingt ihm dies zwar auch, ohne dass er seine Hände zu Hülfe nimmt, allein es geht ausserordentlich langsam und bedarf der grössten Anstrengung. Dies dauert jedoch nur so lange, bis Unter- und Oberschenkel gegen einander in einen Winkel von ca. 45° gekommen sind, da lässt plötzlich der antagonistische Widerstand nach, und beide Theile fahren mit grosser Gewalt an einander, genau wie ein Taschenmesser, an dem man den Widerstand der Rückenfeder überwunden hat. Die Wade liegt jetzt fest an der hinteren Partie des Oberschenkels angedrückt, die Ferse auf den Nates. Uebt man nun einen Druck auf den Cruralis, so löst sich der Spasmus sofort und das Bein wird wieder leicht gestreckt." Bei dem Versuche das Bein zu flectiren, ereignet sich das plötzliche Geradeschnellen auch.

Die vollständige Heilung des Patienten trat in 13 Monaten ein, unter dem Gebrauch von Goldchlornatrium (5,7 Gramm in 2½ Monaten.) Erlenmeyer.

---

173) **Meslier**: Plötzlicher Tod bei Neuralgia ischiadica.

(Bulletin gén. de Therapeutique méd. et chir. 1878. 7. Liefer. pag. 321.)

Frau L. 40 Jahre alt war immer gesund. Am 2. November 1877 nahm sie ein kühles Fussbad von langer Dauer, das ihr das Gefühl grosser Kälte verursachte. Am selben Abend heftiger Schmerz ohne Röthe und ohne Anschwellung am rechten Fuss auf dem Rücken der grossen Zehe und am oberen Theil des dorsum pedis. Schlaflosigkeit, leichtes Fieber, Andauer der Schmerzen die Nacht durch. Am folgenden Tage constatirt Verf. eine auf die leichteste Berührung eintretende ausserordentliche Schmerzhaftigkeit auf dem Rücken der 4 ersten Zehen, und dem Fussrücken bis zum Malleolus externus. Der Gang war ungestört. Die Plantarseite absolut schmerzlos, ebenso der Ischiadicus am Oberschenkel. Keine points douloureux; die Wade auf Druck nicht empfindlich. Venenerweiterungen sind nicht vorhanden. Die Kranke bezeichnet die Schmerzen als brennende. Allgemeinbefinden befriedigend, Appetit gut, kein Fieber. Herz normal, früher nie Rheumatismus, nie Neuralgieen. In den folgenden Tagen wurden der Ischiadicus und der Kopf des Peronens auf Druck schmerzhaft, ebenso die Wade. In den Schmerzen am Rücken des Fusses und der

Zehen keine Aenderung. Behandlung mit Vesicatoren und Morphineinspritzungen. Die Situation blieb im Ganzen während der folgenden 2 Monaten unverändert. Die Schmerzen waren bald stärker bald schwächer; der Gang war unmöglich. Im Januar 1878 trat Oedem ein, das jedoch, ebenso wie im Uebrigen die Schmerzen, die Maleolen nicht überschritt. Wenn Pat. das kranke Bein still hielt, hatte sie kein Gefühl in den Zehen, bei der geringsten Bewegung traten die fürchterlichsten Schmerzen ein; Druck der Bettdecke war unerträglich. An der Vena saphena keine knotigen Anschwellungen, Puls der Art. pediaea war fühlbar. Hautfarbe nicht verändert, Temperatur des Fusses subnormal (objectiv). Anfangs Februar nur geringe Besserung; das Oedem bestand weiter, die oedematösen Theile schmerzhaft, der Gang war ausführbar. Von Zeit zu Zeit Schmerzanfälle. Der Stamm des Ischiadicus wurde auf Druck empfindlicher, Allgemeinbefinden durchaus in Ordnung. Am 18. Februar — Patientin war nach dem Frühstück mit einer Handarbeit beschäftigt — sank sie plötzlich zusammen, athmete ein bis zweimal sehr tief und war todt.

Verf. sieht als die Ursache dieses plötzlichen Todes eine Embolie des rechten Herzens an und lässt den Embolus durch Blutgerinnungen in dem kranken Bein entstehen, als deren Ursache er trophische Störungen supponirt; diese seien unmittelbar abhängig von der Neuralgia e frigore in dem Musculo-cutaneus externus, die er — wie so häufig beim Ischiadicus der Fall sei (Fernet und Lasèque) — für eine Neuritis erklärt. Die Neuritis greife auf das umgebende Zellgewebe über und producire dort eine Entzündung die sich schliesslich auf die Venen ausdehnt; hier entstehe zuerst eine Peri-, dann eine Endophlebitis, dadurch sei die physiologische Function der Gefässwand ausgeschalten „et le caillot s'est formé". Fernet soll bei nicht geheilter Ischias dies Verhalten durch die Section nachgewiesen haben.

Die Arbeit von Fernet (u. Lasèque) auf welche Verf. hier Bezug nimmt, scheint den deutschen Autoren gänzlich entgangen zu sein; ich finde sie nirgend citirt, und auch von dem Uebergreifen der Neuritis auf die Venen mit allen Folgeerscheinungen erzählen unsere neuesten Lehrbücher nichts. Uebrigens darf man in dem vorliegenden Fall auch an eine primäre Phlebitis denken.

Erlenmeyer.

---

174) **E. Leudet:** Le zona et les troubles des nerfs périphériques dans la tuberculose pulmonaire.

(Gazette hebd. 1878 Nro. 39.)

Bei der Lungentuberculose (Tuberculose=Phthisis Ref.) beobachtet man häufig Störungen in den pheripherischen Nerven, theils mehr vager Art, theils auf bestimmte Nerven beschränkt, als Neuralgien oder Paralysen derselben. Im Verlauf dieser Störungen tritt manchmal Herpes Zoster auf, Verf. beobachtete ihn bei 17 unter 2000 Kranken innerhalb 24 Jahren. Der Herpes Zoster entwickelt sich im Bereich der erkrankten Nerven und kann entweder am Stamme oder in der peripherischen Ausbreitung sitzen. Als Complication können Störungen der Motilität und Sensibilität, auch Atrophie der Muskeln auftreten. Im Symptomencomplex ist der Herpes gleich

denen, welche bei Herzkrankheiten, Rheumatismus und Asphyxie durch Kohlendunst vorkommen. Bei der Tuberculose ist es gewöhnlich die mit langsamem Verlauf in welcher Herpes Zoster auftritt.

Bezüglich des Entstehungsmechanismus spricht sich Verf. für eine Reflexwirkung aus, bezugnehmend auf eine Arbeit von Verneuil und die von Charot veröffentlichten Fälle von traumatischem Herpes.

Vier Krankengeschichten dienen zur Illustration der, auch die Literatur berücksichtigenden Arbeit.

Karrer (Erlangen).

---

175) **M. Czernicki**: De l'emploi des injections sous-coutanées d'atropine contre les vomissements de l'hysterie.

(Gazette hebd 1878 Nro. 23.)

Bei einem 15jährigen Mädchen, das seit 2 Jahren an Hysterie, von den leichten bis zu den schwersten Erscheinungen derselben litt, traten schliesslich Magenkrämpfe und Erbrechen auf, so zwar dass Patientin dem Erhungern nahe war. Wirksam erwies sich nur die Injection von Morphium (0,01) in Verbindung mit Atropin (0,005), während Morphium allein nur die Schmerzen nicht das Erbrechen beseitigte, Atropin dagegen die umgekehrte Wirkung zeigte.

Auch bei einer an Magencarcinom leidenden Frau wandte Verf. die Injectionen mit Erfolg an, nachdem andere Mittel fruchtlos gebraucht waren.

Karrer (Erlangen).

---

176) **Smith Shingleton** (Bristol): Ein Fall von Morbus Basedowii; Zerstörung der Cervical-Ganglien.

(Med. Times and gaz. Nro. 1459. 15. Juni 1878.)

Die Kranke war ein seit mehreren Monaten verheirathetes Dienstmädchen, die erst kurze Zeit nach ihrer Heirath über Uebelbefinden zu klagen begann. Schon 1 Monat nachher sollen die an und für sich etwas „grossen Augen“ stärker begonnen haben zu prominiren. Pat. klagte über Dyspnoe, Herzklopfen und Erbrechen. Die Augen traten weit aus den Orbitalhöhlen hervor, so dass beim Schluss der Lider noch etwa $^1/_4$ Zoll breit der Augapfel in der Lidspalte unbedeckt blieb. Die Thyreoidea war stark vergrössert, und ein deutliches Arteriengeräusch hörbar. Puls 140 p. m., Herz und Lunge gesund. — Nach $2^1/_2$ Monat trat der Tod unter allgemeiner Zunahme der Krankheitssymptome ein. Die Section ergab die Thyreoidea beiderseits in gleichem Grade vergrössert, ohne Cysten, die Trachea seitlich comprimirend, Herz normal, ebenso Leber und Milz. Das obere und mittlere linke Cervicalganglion zeigten mikroscopisch normale Verhältnisse. Das untere Ganglion derselben Seite war in ein kleines drüsenähnelndes Gebilde verwandelt, welches nahe der Trachea links anheftete, $^1/_2$“ lang $^1/_4$“ breit, genau an der Stelle des unteren Cervical-Ganglion gelegen war und an der Oberfläche aus einem dichten fibrösen Gewebe bestand, in welches sich die Nervenfasern einsenkten. Der

Inhalt stellte sich heraus als ein Concrement aus kohlensaurem Kalk und Cholestearin-Krystallen. Indess zeigten die übrigen Cervical-Ganglien auch unter dem Mikroscope einen gänzlichen Zerfall aller Nervenelemente, indem sie sich als eine granuläre, von einem durchsichtigen Raum umgebene und von einer Membran umschlossene Masse darstellten. Nieden (Bochum).

177) **M. Frank**: Ueber die Unabhängigkeit der Pupillarbewegung von den Veränderungen des Gefässcalibers; sowie über die Pupillenerweiternde resp. verengernde Function der Ciliarnerven.

(Progrès médical. 1878. Nro. 32.)

Verf. stellt ad I. auf Grund von Experimenten folgende Sätze auf:

1. Die durch Reizung des Halssympathicus hervorgerufene Pupillenerweiterung beginnt früher als die Verengerung der Gefässe;
2. diese Erweiterung erreicht ihr Maximum, bevor noch die Gefässe aufgehört haben, sich zu verengern, und nachdem die Reizung aufgehört hat;
3. die Pupillenverengerung beginnt während der Phase der zunehmenden Gefässverengerungen, und
4. dieselbe ist bereits vollständig bei noch nicht vollständiger Gefässerweiterung.

Ad II.: Unter den Ciliarnerven, die man an der Oberfläche des Sehnerven durchschneiden kann, verengen fast sämmtliche die Pupille; nur 2—3 unter der 9—10 erweitern nach ihrer Durchschneidung die Pupille. Die Reizung eines einzelnen Ciliarnervenfadens vermag einen Gesammteffect auf die Pupille auszuüben, so dass eine regelmässige Verengerung oder Erweiterung derselben drauf folgt.

Nieden (Bochum).

178) **Broadbent**: Ein Fall von Amnesie.

(Sitzung der Royal Medic. and Chirurg. Soc. 26. Januar 1878, citirt in Medic. Times March. 7. 1878.)

Stark trinkender Kutscher, wurde im October 1877 von einem nicht näher zu bestimmenden Anfall (fit) befallen, der ausser einer Parese der rechten Gesichtshälfte eine totale Amnesie nach sich zog; zugleich war die Sensibilität der rechten Körperhälfte herabgesetzt. Der Kranke starb plötzlich am 6. November und ergab die *Section* eine ausgedehnte Erweichung der hinteren convexen Oberfläche der linken Hemisphäre. Sie betraf successive den lobulus supramarginalis und einen Theil der ersten Schläfenwindung, den hinteren Scheitellappen den gyrus angularis, die erste und zweite Stirnwindung, die letzten 4 Abschnitte sehr stark ergriffen, fast 3/4" tief. Die Arterien gesund, die Meningen über der Erweichung getrübt, durch Flüssigkeit von der Gehirnoberfläche abgehoben.

Ref. kann die in der Einleitung zu dem vorliegenden Vortrage ausgesprochenen Ansicht des Verf., dass dieser Fall die Frage von der Localisation des Sprachcentrums illustrire, nicht theilen, da weder Insel noch die 3. Stirnwindung afficirt waren und das von ihm angenommene Ideencentrum noch sehr hypothetisch ist.

Hinze (St. Petersburg).

179) **Dugent-Bally**: Schusswunde der rechten Stirnregion; Beitrag zur Localisation im Gehirn.

(Marseille médical, März 1878, citirt in Gaz. médic. de Paris 1878. Nro. 23.)

44jähriger Mann, Revolverschuss in den Kopf; Eingangsöffnung 12 mm. gross befindet sich an der Grenze der rechten Stirn- und Schläfengegend $1^1/_2$ cm. oberhalb der Augenbraue, die Ränder schwarz, contusionirt, beide rechten Augenlider ecchymosirt. Geringe Blutung, die Sonde dringt auf ungefähr 7 cm. von aussen nach innen und von vorn nach hinten ein. Linksseitige Parese der Lippen- und Wangenmuskulatur, die Zunge wird mit Mühe vorgestreckt, die Sensibilität links etwas herabgesetzt, die Bewegungen der linken Körperhälfte schwach, tiefes Coma. Am folgenden Tage ist das Sensorium etwas freier, das Oeffnen des Mundes, das Athmen und die Sprache erschwert, P. 100, T. 36,2. Am dritten Tage tiefer Stupor, die linkseitige Facialisparalyse ausgesprochener, Erbrechen, Aufstossen, Sprache träge und schwach. P. 120, T. 36,3. Am 4. Tage tiefstes Coma, P. 128, T. 38,9, keine Zuckungen, keine Contracturen, aber motorische und sensible Lähmung fast des ganzen Körpers; in der Nacht Tod.

*Section:* Die Schädelwunde befindet sich 1 cm. von der Stirnscheitelnaht, 2 cm. oberhalb des vorderen inneren Winkels des Scheitelbeins, das Loch in der äusseren Tafel ist kreisrund, das der innern breiter und unregelmässiger, keine Fissuren sonst am Schädel; rundes Loch in der durch starken Bluterguss (aus der Art. mening media) vom Gehirn abgehobenen Dura. Die zerrissene, gequetschte, mit Knochensplittern austapezierte Oeffnung im Gehirn befindet sich 2 cm. oberhalb der Sylvischen Spalte, ein wenig nach vorn vom unteren Ende der Rolando'schen Fissur im untern Theile der vorderen Centralwindung. Die Kugel hat die falx cerebri in ihrer Mitte durchbohrt, war in den linken gyrus corporis callosi, den linken Ventrikel gedrungen und in dessen Hinterhorn liegen geblieben.

Aus den angeführten Symptomen ergiebt sich theilweise eine Congruenz des physiologischen Experiments mit dem klinischen Bilde; nach Ferrier, Carville und Duret. Nach diesen Autoren liegen die psychomotorischen Centren der Unterkieferheber und der Zungen- und Lippenbewegungen im unteren Theile der vorderen Centralwindung, die Läsion dieses Theiles brachte im vorliegenden Falle eine Lähmung der betreffenden Muskeln zu Wege.

Hinze (St. Petersburg).

---

180) **von Nussbaum**: Nervendehnungen.

(Aus den „Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München." I. Bd. München 1878.)

Verf. betont die Erfolge der Nervendehnung bei Leiden centralen Ursprungs und führt zum Beweise die auf solche Weise erzielte Heilung clonischer Krämpfe des Oberschenkels bei einem Individuum mit Lähmung der unteren Körperhälfte, an. Hier wurden auf beiden Seiten die nerv. crur. und ischiadic. gedehnt.

Selbst in den Fällen bringt die Nervendehnung noch Hülfe, wenn Narbenexcisionen, Nachamputationen ganz erfolglos geblieben sind.

Ferner macht v. R. auf die nach Nervendehnung möglicherweise auftretenden Nachblutungen aufmerksam, da die Nervendehnung oft in der Nachbarschaft grosser Gefässe gemacht wird.

Schliesslich erwähnt Verf. die Beobachtung, dass bei den verschiedenen Neuralgien die Nerven oft ganz abnorm dick, oft ganz abnorm dünn gefunden werden. — Leise und geringe Dehnungen soll man möglichst vermeiden, da diese nach physiologischen Experimenten eher schaden, als nützen.

Sonnenburg (Strassburg i. E.).

---

**181) Fenomenow: Ein interessanter Fall von Tetanus.**

(Wojenno-medizinsky Shurnal. Jan. 1878, pag. 72—74)

J. G. Soldat, wurde am 8. [20.] Juli 1877 vor Plewna verwundet und trat am 24. Juli [5. Aug.] in eines der Kriegshospitäler ein. Eine Kugel hatte dem gut ernährten Manne den linken Fuss verletzt, war auf dem Rücken desselben eingetreten und hatte ihn, einige Metatarsalknochen verletzend, in der Sohle verlassen, die Wunde granulirte gut. Am 30. Juli Abends trat nach vorhergegangenem allgemeinem Unbehagen Frost, Hitze und reichlicher Schweiss ein. A. T. 40,0 M. T. 37,6. In der Annahme, dass eine Intermittens vorliege, wurden 20 gran Chinin, aber ohne Erfolg gegeben, da am 1. August der Frost sich wiederholte, zugleich hatte der Kranke ziehende Empfindungen im Nacken und Rücken. Am 2. Abends stieg die Temperatur auf 40,2, blieb hoch, die Milz ragte unter dem Rippenbogen hervor, Puls beschleunigt und es traten allgemeine, sehr heftige Convulsionen auf, welche rasch auf einander folgten und zeitweilig mit Pharynxkrämpfen sich combinirten; von 12 Uhr 35 Min. Nachts bis 6 Uhr Morgens, waren 93 Anfälle gewesen, und war der Kranke anästhesirt worden durch (90,0) Chloroform und gr. 1/6 (0,01) Morphium subcutan. Die Reflexerregbarkeit auf's äusserste erhöht, dabei heilte die Wunde. Im Harne fand sich etwas Eiweiss und eine Vermehrung des Harnstoff in 24 Stunden, die Anfälle waren Nachts häufiger und stärker. Jede Medication Chinin, Chloralhydrat und Morphium blieb erfolglos, die Narcose trat nur ein bei Anwendung von Chloroform und Morphium mit einander combinirt, die Anfälle dauerten trotzdem fort; Extr. fab Calabar zu gr. 1/12 3—4 mal täglich hatte auch keine Wirkung; eine nur vorübergehende hatten kalte Einwickelungen, welche die Temperatur um 0,2° bis 0,3° zuweilen herabsetzten, ungeachtet der heftigen Schweisse. Nach 11 Tagen begannen die Anfälle seltener und gelinder zu werden, die Temperatur sank allmälig, um am 15. Tage zur Norm zurückzukehren, und nach Verlauf eines Monats verliess der Mann gesund das Hospital.

Das Interesse dieses Falles gipfelt in der Frage, ob der Tetanus in Folge des Trauma oder des Wechselfiebers aufgetreten war. Verf. neigt zu letzterer Ansicht, da die Wunde immer ein gutes Aussehen darbot und im Verlaufe der Krankheit vollständig verheilte, also eine traumatische Ursache des Tetanus ausgeschlossen werden konnte. Es war vor dem Auftreten des letzteren entschieden das Vorhandensein einer Intermittens tertiana constatirt worden; dass Chinin das Fieber nicht heilte, ist bei dem Aufenthalte des Kranken in einer Malariagegend, nicht sonderbar, und wird Verf's. Annahme noch durch einen zweiten ähnlichen, aber tödtlich endenden Fall bestätigt, in welchem dem Tetanus vollkommen ausgebildete, gleichfalls dem Chinin nicht weichende Wechselfieberanfälle vorangingen.

Hinze (St. Petersburg).

---

182) **Demetriades Constantinus:** Die Erfolge der Therapie gegen den Tetanus.

(Strassburger Inauguraldissertation 1878.)

In der Arbeit werden die Wirkungen des Curare, Calabar und des Chlorals gegen Tetanus einer Kritik unterworfen, wobei der Verf. nach den Angaben der Literatur und den Erfahrungen der Strassburger Klinik dem Chloral den Vorzug giebt, da dieses von den sämmtlichen Mitteln am besten die Krampfanfälle zu unterbrechen vermag. Das Wiederausbrechen der Anfälle hindert es aber auch nicht, sowie es auf die Starre selber wenig Einfluss hat.

Verf. glaubt der chirurgischen Behandlung des Tetanus vor der medicamentösen den Vorzug geben zu müssen. Besonders hält er die bisher schon in einigen Fällen mit Erfolg geübte Nervendehnung für die Behandlung sehr geeignet, nur soll man so früh wie möglich im Beginn der Erkrankung und möglichst central die Dehnung vornehmen. Ausser den früher schon bekannten Fällen, wird ein Fall von Dehnung des Ulnaris bei Tetanus aus der Lücke-schen Klinik berichtet.

In Hinsicht der Prognose des Tetanus betont Verf., dass die *Prognose* in directem Verhältniss mit der *Temperatur* steht, d. h. dass sie mit dem Steigen der Temperatur sich verschlechtert.

Sonnenburg (Strassburg i. E.).

---

183) **Déjerine:** Ueber das Vorkommen reflectorischen Zitterns im nicht gelähmten Gliede von Hemiplegikern.

(Soc. de Biologie. Sitzung vom 1. Juni 1878, citirt in Gaz. méd. de Paris 1878. Nro. 24.)

Verf. beobachtete an 5 Hemiplegikern das Auftreten von Sehnenreflexen (Erb.) an beiden Füssen, welche bei 2 Kranken spontan bei der geringsten willkürlichen Bewegung auftraten; alle Kranken waren 2—3 Jahre lang leidend und zeigten alle Contracturen im gelähmten Arm und Bein. Er stellt zur Erklärung dieser Erscheinung folgende wahrscheinliche Hypothese auf. Die bei Hemiplegikern mit Contracturen constant vorkommende secundäre Degeneration der Seitenstränge, welche diese auf der erkrankten Seite ergreift, könnte vielleicht in den vorliegenden Fällen auch die Seitenstränge der gesunden Seite ergriffen und auf diese Weise eine doppelseitige absteigende Sclerose im Lendenmark producirt haben.

Hinze (St. Petersburg).

---

184) **Lauder Brunton:** Reflex action as a cause of disease and means of cure.

(Brain. II. Juli 1878. S. 143.)

Verf., der reflectorischen Vorgängen sowohl in der Pathogenese als in der Therapie vieler Krankheiten einen ausgedehnten Einfluss vindicirt, erörtert nach einigen allgemeinen Bemerkungen über Reflexe, welche Rolle die Uebertragung von Reizen (transference of impressions) bei den verschiedenen Modificationen der Reflexthätigkeit spielt. Es kann nicht nur von den verschiedensten sensiblen Nerven aus ein Reflex in einem und demselben motorischen Nerven ausgelöst werden (spasmus des orbicularis oculi bei Fremdkörpern im Auge

und, wie Verf. beobachtet hat, bei Wunden des Zahnfleisches nach Zahnextration, also Reflexe vom ram. opthalm. oder von den N. alveol. des Trigeminus auf den Facialis), sondern es werden auch oft (nach Analogie der excentrischen Empfindung) Schmerzen durch excentrische Projectionen in einem anderen Gebiete localisirt als in dem, wo der Reiz einwirkt. So sah Verf. heftige Temporal-Kopfschmerzen nach Application eines carbolisirten Wattepfropfs in einem durchaus nicht schmerzhaften cariösen Zahne verschwinden und konnte bei sich selbst als Ursache starker Kopfschmerzen einen hohlen Zahn nachweisen; auch will er gefunden haben, dass Stirnkopfschmerzen oft durch Anstrengung der Augen (Nähen bei schlechter Beleuchtung) verursacht sind, und dass sie bei verminderter Anforderung an die Augen verschwinden. (Mit der Irradiation von Schmerzen haben die geschilderten Vorgänge natürlich nichts zu thun, da ja in einem solchem Falle auch der primäre Herd schmerzhaft sein muss.) Reflexvorgänge können ferner dann zu Beschwerden für den Organismus führen, wenn Reflexvorrichtungen, die zum Schutze des Organismus, zur Abwehr von Fremdkörpern in Action treten, durch stabile Reize unter pathologischen Verhältnissen in anhaltende fruchtlose Thätigkeit versetzt werden. So wird der Körper durch continuirlichen Husten bei Pleuritis, bei Tuberkelablagerungen, durch andauerndes Erbrechen bei Magenleiden, Peritonitis, Gallensteinen etc., auf das Aeusserste erschöpft. Endlich können für die verschiedensten pathologischen Zustände Reflexvorgänge verantwortlich gemacht werden. Von den einschlägigen, zwar originellen, aber sehr hypothetischen Erklärungsversuchen des Verf. seien folgende angeführt: die Thatsache (?), dass Tonsillitis bei weitem häufiger eintritt, wenn ein Luftzug die Seite des Halses trifft, als wenn er direct von vorn kommt, findet ihre Erklärung durch den Connex, in welchem der äussere Gehörgang und die Halsorgane stehen. Da man nämlich durch Druck auf die Wand jenes, namentlich bei Ohrleidenden oft heftigen Husten auslösen kann, da man bei Reizen, die auf die Halsorgane einwirken, oft eine Mitempfindung im Ohre hat, so kann ein directer Reiz der den äusseren Gehörgang trifft, auf reflectorischem Wege die Halseingeweide derart alteriren, als wenn auf sie der Reiz direct eingewirkt hätte. Die bekannte Thatsachen, dass gewisse starkriechende Stoffe (Ammoniak, Essigsäure) bei Einwirkung auf die Nasenschleimhaut von Kaninchen reflectorischen Herzstillstand herbeiführen, während sie andererseits zur Wiederbelebung bei Ohnmächtigen mit Erfolg verwerthet werden, benützt Verf. in kühner Weise zur Erklärung eines bis jetzt noch räthselhaften Vorganges, nämlich des plötzlichen Todes bei Zahnextractionen in der Chloroformnarcose, indem er folgendermassen argumentirt. Von gewissen Nerven aus (z. B. Trigeminus) kann durch gewisse Mittel ein auffallender Einfluss auf das Herz und die Gefässe ausgeübt werden u. z. derart, dass der letztere Effect die Wirkung des ersteren wieder aufzuheben vermag; denn bei Thieren bei denen durch Herzschwäche der Druck sehr gesunken war, sah Verf. nach Application von Ammoniak etc. den Druck um ein Bedeutendes steigen und er nimmt an, dass durch diese Mittel

die Gefässe zur Contraction gebracht werden und dass durch den so erhöhten Druck das schwache Herz von Neuem Impulse zur Thätigkeit empfange. Bei Ohnmächtigen seien nun jene flüchtigen Riechstoffe von Werth, weil sie diese letzte Wirkung hauptsächlich entfalten. Aehnlich wie von den Verzweigungen des Trigeminus in der Nasenschleimhaut, könne von den Alveolarnerven aus jener Effect auf Herz und Gefässe hervorgerufen werden und es werde nur desshalb nicht durch jede Zahnextraction Herzstillstand bewirkt, weil die Wirkung auf die Vasomotoren überwiege. In der Chloroformnarcose dagegen käme der Reiz auf das Herz allein zur Geltung und es trete der Tod ein, da die Gefässcontraction der Herzschwäche nicht entgegenwirke.

In dem zweiten Theile seiner Abhandlung bespricht Verf. kurz diejenigen therapeutischen Agentien, welche mittelst reflectorischer Vorgänge ihre Wirksamkeit entfalten; es sind dies warme und kalte Umschläge, Senfteige und Pflaster, deren ausgedehnte Anwendung in den verschiedensten Fällen warm empfohlen wird, ohne dass im Ganzen hierin neue Anschauungen zu Tage treten.

Rosenbach (Breslau).

---

185) **J. Rames**: Aperçu sur le fonctionnement du système nerveux.
(Paris, G. Masson 1878. 106 Seiten.)

In dem vorliegenden Aperçu hat Verf. seine Ideen niedergelegt über die Beziehungen, welche zwischen den Nervencentren und der peripheren Oberfläche des Körpers bestehen. Diejenigen, welche sich für derartige philosophische Betrachtungen interessiren, wollen die Broschüre selbst lesen. Hier wenigstens dürfte nicht der Ort sein, auch nur das vom Verf. selbst gegebene Resumé wiederzugeben, welches 9 volle Seiten umfasst und dennoch nicht geeignet sein dürfte den Gedankengang desselben klar zu legen.

Seeligmüller (Halle).

---

186) **A. Duret**: On the rôle of the dura mater and its nerves in cerebral traumatism.*)
(Brain. April 1878. I. S. 29.)

Der Verf. gibt selbst am Ende der durch zahlreiche Experimente illustrirten Abhandlung folgendes Resumé seiner Resultate: „Die Dura mater enthält ausserordentlich erregbare sensible Nerven. Reizung derselben bewirkt 1) Schmerz, Hyperalgesie und Neuralgie und Reflexerscheinungen in der motorischen Sphäre. 2) Reflexkrämpfe oder Contracturen der quergestreiften und glatten Musculatur. Diese Krämpfe treten im Bereich der quergestreiften Musculatur im Gesichte, am Halse, an den Augen, am Rumpfe und an den Extremitäten, im Bereich der organischen Muskeln an der Iris, am Herzen und an den Gefässen auf und zwar bisweilen auf der entsprechenden, bisweilen auf der entgegengesetzten Körperhälfte. Sie haben die Tendenz auf benachbarte Muskelgruppen überzugrei-

*) Eigentlich das 3. Capitel aus Durets These „sur les traumatismes cérébraux“ von dem Verf. vor der Publication der gesammten Abhandlung den Herausgebern zur Veröffentlichung in der neuen Zeitschrift überlassen.

fen und unterscheiden sich in ihrem ganzen Verhalten von den nach Reizung der Gehirnrinde auftretenden Bewegungserscheinungen. Diese letzteren sind stets circumscript, beschränken sich auf eine umschriebene Muskelgruppe und ähneln durchaus den durch den Willen hervorgerufenen Bewegungen. Der Unterschied zwischen den durch Reizung der Gehirnrinde und dem durch Reizung der Dura mater hervorgerufenen motorischen Effecten ist derselbe, wie zwischen den reflektorisch bei Annäherung eines Fremdkörpers bewirkten und dem durch einen Akt des Willens hervorgerufenen Lidschlusse, denn der erste Vorgang ist ungleichmässig und brüsk, der zweite ist abgemessen und präcise. Oft gehen die Krämpfe in permanente Contracturen über. Die durch Reizung der Dura hervorgerufenen Reflexe in dem Bereich der Vasomotoren bestehen in krampfhaften Contractionen oder Lähmungen der Gefässe des Gehirns oder der Augen, entweder auf derselben oder auf der entgegengesetzten Körperhälfte. Diese Thatsachen sind desshalb von Interesse, weil sie zeigen welchen grossen Einfluss Reizung der Nerven der Dura auf die Circulationsverhältnisse im Gehirn und in den Sinnesorganen hat und welche Rolle sie bei dem Zustandekommen der secundären Effecte bei Gehirnverletzungen, nämlich der Entzündung der Gehirnhäute spielen. (Reizung der pia mater, welche wahrscheinlich nur vasomotorische Nerven enthält, ruft bei Thieren nur Schmerzäusserungen hervor.)

Rosenbach (Breslau).

---

187) **Henry Clarke**: The effects of seclusion on the body weight. (Brain, Juli 1878. II. S. 210.)

Verf. hat es versucht, als es noch erlaubt war, einen Gefangenen wegen eines Disciplinarvergehens während der Haft 3 Tage hintereinander zu isoliren, — nach den neuesten Bestimmungen darf die Dauer der Isolirhaft einen Tag nicht überschreiten — den Einfluss der Einzelhaft auf das Körpergewicht zu bestimmen. Von den 4 Klassen der Isolirhaft (dunkle Zelle, halbdunkle Zelle, Einzelhaft in der eigenen Zelle des Gefangenen bei Wasser und Brod und Verbleiben in der eigenen Zelle bei der gewöhnlichen Diät und Arbeit) kommen eigentlich nur die ersten 3 Klassen als vergleichbar in Betracht, da bei ihnen die Ernährungsbedingungen die gleichen sind. Bei den Gefangenen der ersten 3 Kategorien war mit wenigen Ausnahmen, in denen das Gewicht stationär blieb oder sogar zunahm, ein Gewichtsverlust zu constatiren, der mitunter ganz beträchtlich war. (Die näheren Angaben sind im Original nachzulesen); Bei den Gefangenen der 4. Klasse waren die constatirten Differenzen in Bezug auf Verlust oder Zunahme an Körpergewicht minimale. Verf. ist sich wohl bewusst, dass seine Untersuchungen wegen der kleinen Zahlen (im Ganzen 134 Versuche, davon 72 der vierten Kategorie) und der kurzen Beobachtungsdauer keine sicheren Schlüsse zu ziehen erlauben, ob die verminderte Kost oder der psychische Effekt der Isolirung die Schuld an dem Gewichtsverluste trägt, wahrscheinlicher erscheint ihm allerdings die erste Annahme,

doch führt er ein interessantes Faktum an, welches auch für eine Betheiligung des letzten Momentes spricht, nämlich die Beobachtung, dass abgehärtete, alte Verbrecher die Isolirung ohne jede Störung ertragen, ja oft an Gewicht zunehmen, während junge Sträflinge oft schon nach einigen Stunden der Einzelhaft, namentlich in der 1. Kategorie, in die heftigste psychische Exaltation gerathen, so dass die Vollstreckung der Strafe unmöglich wird.

Rosenbach (Breslau).

---

188) **Cullèrre** (Auxerre): Ein Fall von progressiver Paralyse mit Aphasie.

(Annales méd.-psych. 1878, IV.)

M. C., Artilleriofficier, 43 J. alt, verehelicht, ohne Kinder, ohne erbl. Anlage, ein Trinker. Vor 7 Jahren aquirirte Pat. Syphilis, die nie eingehend behandelt wurde. Seit einigen Monaten Vernachlässigung des Dienstes in Folge von Gedankenlosigkeit; zugleich Motilitätsstörungen, Congestionszustand und sehr starke hypochondrische Verstimmungen.

Im Mai 1877 Aufnahme in die Anstalt (Auxerre). Symptome von „progr.-Paralyse": Allgemeines Muskelzittern, unsicherer Gang, Pupillendifferenz, Sensibilitätsstörungen, deutliche Sprachstörung; Verminderung des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit; stets reducirte Einsicht; keine Spur von Grössenwahn, dagegen sehr ausgeprägte hypochondrische Verstimmung mit deutlichem Verfolgungswahn; er glaubt, ganz mit syphilitischen Geschwüren bedeckt zu sein und klagt als Ursache von allem Unglück seine Frau an, die ihm untreu gewesen sei. Eine energische Jodkaliumkur bleibt absolut erfolglos.

Zwei Tage nach der Aufnahme wird Pat. plötzlich erregt, er kann auf einmal nicht mehr sprechen wie sonst, es stehen ihm nur noch unzusammenhängende Sylben und Worte zu Gebote, und zu gleicher Zeit stellt sich eine ganz ähnliche Agraphie ein.

Nach einigen Wochen verliert sich allmählig die Aphasie und es bleibt nur noch die gewöhnliche paralytische Sprachstörung zurück; doch schon nach 8 Tagen stellt sich mit deutlich markirter Hirnhyperaemie die alte Aphasie wieder ein.

In den nächsten Monaten wechselt der Zustand öfters, stets wird beobachtet, dass die Vermehrung der Aphasie genau abhängt von der sich vermehrenden Hirnhyperaemie. Die anderen Symptome der progr. Paralyse mehren sich indessen; es stellt sich immer mehr psych. und somat. Schwäche ein; Ende September wird Pat. sterbend heimgenommen. Ein Sectionsbefund fehlt leider.

Eine kurze Epikrise weist auf das Seltene des Zusammentreffens von progr. Paralyse und totaler Aphasie, hin; hebt auch das Vorhandensein der Syphilis hervor, ohne aber auf die Möglichkeit (sogar Wahrscheinlichkeit! Ref.) hinzuweisen, dass es sich hier überhaupt nicht um Paralyse gehandelt hat, sondern um einen Fall von Hirnsyphilis.

Sury-Bienz (Basel).

---

189) **Auzouy** (Pau): Ueber die Verantwortlichkeit bei Entweichungen von Kranken.

(Annales med. psych. 1878. III.)

Anknüpfend an einen vorgekommenen Fall, bespricht Verf. die Fragen, wie weit die Verantwortlichkeit der Anstalt in Bezug auf

die Kosten der Wiedereinbringung Entflohener gehe und anderseits wie lange der Anstaltsleitung das Recht zukomme, Entflohene mit Gewalt in die Anstalt zurückzuführen.

Die erstere Frage wurde bei Gelegenheit des betr. Falls sehr richtig dahin beantwortet, die Anstalt müsse die Folgen einer wirklichen Nachlässigkeit, eines eigentlichen Fehlers tragen, aber durchaus nicht diejenigen einer höhern Gewalt (force majeure), oder auch solche, die sich bei den eigenthümlichen Verhältnissen, in denen sich eine Anstalt befinde, schlechterdings nicht vermeiden lassen; denn eine Anstalt sei eben durchaus kein Gefängniss, in dem alle Sicherungsmassregeln rücksichtslos durchführbar seien. —

Die zweite, practisch ebenso wichtige Frage entscheidet Verf. an der Hand des Irrengesetzes (Art. 12 des Gesetzes v. 30 Juni 1838) dahin, dass die Anstaltsbehörden nur im Verlauf des ersten Monats das Recht besitzen, einen Entflohenen mit Gewalt wieder in die Anstalt zurückzuführen, da das Gesetz monatliche Journalnotizen vorschriebe, und man also gezwungen sei, nach einem Monat den Kranken als ausgetreten einzutragen.

Sury-Bienz (Basel).

---

190) **Girand & Christian** (Maréville): Gutachten über einen Verrückten, der einen Mordversuch begangen.

(Annales méd.-psych. 1878, IV.)

Der Fall ist weniger des Krankheitsbildes, noch des Gutachtens wegen erwähnenswerth, da beide durchaus nur ganz Gewöhnliches bieten, als vielmehr wegen der fabelhaften Sorglosigkeit und Nachlässigkeit der betreffenden Gemeindebehörden und Angehörigen, welche den Kranken, der bereits volle 2 Jahre ganz allgemein als verrückt angesehen war, trotz der sich allmälig immer deutlicher zeigenden Gefährlichkeit und Aufgeregtheit einfach frei herumlaufen liessen, bis er endlich eines Tags einen Vorüberfahrenden, der seinem Commando nicht gehorchen wollte, vom Wagen herunter riss und halb todt schlug.

Sury-Bienz (Basel).

---

191) **Delacour, Bruté & Laffitte** (Rennes): Gutachten.

(Annales méd.-psych. 1878, IV.)

L., 27 J., arbeitete am 30. März d. J. mit Vater und Schwester auf dem Feld; plötzlich schlug er mit der Hacke auf den Vater los und verwundete denselben stark; weder Streit noch ein Gespräch war diesem Mordanfall vorausgegangen. Während die Schwester den Vater heimführte, verschwand L., um aber doch am andern Morgen ins elterliche Haus zurückzukehren, um sein Schusterwerkzeug zu holen. Dabei erschien er total unbefangen, trotzdem er gerade zum Verbandswechsel hinzukam; auf einen betreffenden Vorwurf eines Kameraden antwortete er ganz ruhig, es sei auch der Mühe werth, über eine derartige Kleinigkeit zu reden! Zwei Tage später wurde er in einem Wirthshause verhaftet und sofort einer psychiatrischen Expertise unterstellt; diese letztere ergab:

L., 27 J. alt, körperlich ziemlich gesund trotz blasser Gesichtsfarbe; sehr nervöses Temperament. Schädel- und Gesichtsausdruck normal; etwas vager Blick, aber sonst sind die Augen normal. Deutliches Zittern der Zunge und

der ausgestreckten Hände; ferner besteht eine totale Analgesie der ganzen Körperoberfläche; man kann ihn klemmen und stechen ohne dass er das Geringste spürt.

Pat. erscheint vor den Begutachtern ohne jede sichtbare Scheu; er macht ziemlich richtige Angaben über Name, Alter, Beruf und über seine Lebensschicksale bis zum Krieg von 1870; über diese letztere Zeit aber sowie über die Gründe, warum er mitten im Kriege heimgeschickt worden, schweigt er. Ueber die Veranlassung seiner jetzigen Verhaftung giebt er an, der Vater habe ihn beleidigt und er habe ihn geschlagen, aber nicht mit der Hacke, sondern mit der Faust, für das Unpassende seines Benehmens hat er keine Einsicht; ebensowenig für die Schwere seiner ganzen Situation; während der ganzen Untersuchung benimmt er sich höchst gleichgültig, als ob ihm die Sache keineswegs etwas anginge.

Aus dieser Untersuchung ziehen die Verfasser folgende Schlüsse:

1. „Das Zittern der Handmuskeln oder Zunge, sowie die Unempfindlichkeit der Haut sind Erscheinungen, die bei entsprechenden anamnestischen Befunden genügen zur Annahme einer chronischen Alcoholvergiftung."

2. „Auf psychischem Gebiet finden sich Abschwächung des Gedächtnisses, des Urtheils, eine Verlangsamung des Denkens, eine absolute Gleichgültigkeit und eine gänzliche Einsichtslosigkeit."

Nach der Ansicht der Experten würde das schon genügen zur Annahme der Unzurechnungsfähigkeit, wenn auch die Anamnese nicht auch noch bestätigend ergänzen würde.

Zahlreiche Zeugen schildern den Explor. als einen Trunkenbold, als einen boshaften und gefährlichen Irren, der im letzten Winter einen Anfall von heftiger Verwirrung dargeboten habe — mit lebhaften Hallucinationen.

Diesen Anfall sehen die Experten für Delirium potat. an, dessen Symptome sie kurz skizziren.

In kurzen Schlusssätzen wird nun Expl. als unzurechnungsfähig erklärt.

Wir haben das vorliegende Gutachten mit Absicht so ausführlich (fast wortgetreu!) mitgetheilt, um zu zeigen, in welch eigenthümlich leichter und oberflächlicher Art und Weise ein offenbar durchaus nicht so leichter und klarer Fall behandelt werden kann. Status praes. wie Anamnese finden sich mit einigen Sätzen abgethan, andere wichtige Punkte, wie die Zeit unmittelbar vor der That, die auffallende Analgesie etc. finden sich entweder gar nicht oder nur notizweise erwähnt, und das ganze Bild wird in einen Begriff und Rahmen eingezwängt, der dem Fall sicherlich gar nicht zukommt. Sury-Bienz (Basel).

---

192) **B. Knapp**, Bez.-Arzt in O.-Landsberg (Oestreich): Untersuchungen über Cretinismus in einigen Theilen Steiermarks. Mit einem Vorwort von Prof. v. Krafft-Ebing.

(Graz, Leuschner und Lubensky. 1878. 69 pag.)

Verf. veröffentlicht in der vorliegenden Schrift, die zur Vorlage an die betr. Landesbehörde bestimmt war, die Ergebnisse einer 2jährigen Untersuchung der in seinem Bezirke vorhandenen Cretinen.

Im Text bespricht er folgende Capitel:

1. *Allgemeine Beschreibung.* (Cursorische Angabe der äusseren Hauptbefunde bei einem echten Cretinen.)

2. *Namen.* Im Volke heissen die Cretinen: Trotteln, Dosten, Tappeln, Fexen, Gaggen, Lappen, Deppen, Tölpeln, Lalli.

3. *Verbreitung.* Die officiellen Tabellen, die von Gemeinde-Vorstehern etc. ausgefüllt werden, sind werthlos, unrichtig, da alle möglichen groben und feinen Verwechslungen dabei unterlaufen.

In den meisten eben gelegenen Gemeinden kommen mehr Idioten vor als eigentliche Cretinen.

Die meisten Cretinen sind im Gebirge und zwar über 1500'. Die Gebirgsart scheint an und für sich weniger Einfluss zu haben.

4. *Verhältniss des Kropfes zum Cretinismus.* Verf. bestätigt die Erfahrung Anderer (Maffei-Rösch und Dr. Iphofen etc.) dass überall, wo Cretinismus vorkommt, auch der Kropf auftritt.

5. *Ursachen des Cretinismus.* Verf. notirt aus seinen Tabellen folgende Ursachen:

a) 50 mal Vererbung; b) 13 mal vernachlässigte Erziehung; c) 11 mal Convulsionen, Fraisen, Gehirnkrankheit in der Kindheit; d) 8 mal Verletzungen) e) 6 mal Trunksucht der Eltern; f) 4 mal Ueberfütterung mit fetten Speisen; g) 6 mal Krankheit der Mutter während der Schwangerschaft; h) 59 mal keine muthmassliche Ursache aufzufinden. — (Diese Ursachen, ausser der Vererbung, sind jedenfalls nur scheinbare, da all diese Momente überall in der ganzen Welt tausendfach vorkommen, ohne dass sie eben irgendwo anders als in den speciell davon betroffenen Gegenden Cretinismus erzeugten. Ref.)

6. *Heilbarkeit des Cretinismus.* Heilung ist wenn nicht in allen, so doch in vielen Fällen möglich; man hat sogar schon gesehen, dass Ausrottung des Cretinismus in ganzen Gegenden möglich war.

7. *Mittel zur Abhülfe.*

a) Erstes Erforderniss sind genauere Kenntnisse über Verbreitung und pathol. Anatomie.

b) Verbreitung richtiger Grundsätze über Pflege, Nahrung und Kindererziehung.

c) Zwangsweiser Unterricht aller taubstummen Kinder.

d) Kinderbewahranstalten in grösseren Ortschaften.

e) Errichtung von Cretinenanstalten mit eventuell zwangsweiser Aufnahme aller Cretinen.

Den angehängten Tabellen über 157 Fälle entnehmen wir blos einzelne Zahlen, die vielleicht Interesse haben möchten:

| | | |
|---|---|---|
| Mittlere Körperlänge . . . | 135 | Centimeter. |
| Mittlerer Kopfumfang . . . | 51,5 | „ |
| „ gerader Kopfdurchmesser (Stirn—Hinterhaupt) . | 16,6 | „ |
| „ Schläfendurchmesser . | 10,5 | „ |
| „ Längsdurchmesser (Scheitel—Kinn) . . | 2,18 | „ |

Kröpfe fanden sich bei 117. Sury-Bienz (Basel).

---

193) **Arrigo Tamassia**: Ueber „conträre Sexualempfindung." (Sull' inversione dell' instinto sessuale.)

(Riv. sperim. di freniatr. e di med. leg. IV. I. p. 97 ff.)

Anknüpfend an einen interessanten Fall von „conträrer Sexualempfindung", wie Prof. Westphal die pathologische geschlechtliche Hinneigung des Individuums zu solchen des eigenen Geschlechts genannt hat, resümirt der Verf. zuerst die bekannt gewordenen Fälle dieser Art, — ausser den beiden Westphal'schen zwölf an der Zahl, — wobei er noch weiter auf Casper (Ueber Nothzucht und Päderastie) und die berüchtigte Literatur von C. E. Ulrichs (Numa-Numantius) zurückgeht, und besonders die Frage, ob derartige Individuen als zurechnungsfähig zu betrachten seien, einer sorgfältigen Untersuchung unterwirft. Der vom Verf. beobachtete Fall ist kurz folgender.

P. C., Bauernsohn, stammt von nicht grade erheblich psychisch kranken Eltern, aber doch von solchen, die nach Verf. nicht als vollkommen gesund angesehen werden können, indem der Vater „nervös" leicht erregbar, zum Zorn geneigt, excentrisch etc., die Mutter „hysterisch", bald ungemein schwatzhaft, bald abstinirt schweigsam, von den Brüdern der eine fast idiotisch, der andre excentrischen Characters waren. Er selbst besuchte in der Kindheit ohne viel Nutzen die Schule, und beobachtete damals und später in besonders auffallender Weise in gleichsam automatischer Art alle Religionsgebräuche, auch die absurdesten, wie er denn voller Aberglauben und Furcht war. Vom 15. bis 17. Lebensjahre, wo er bereits die Dienste eines Hausarbeiters verrichtete, suchte er mit Vorliebe die Gesellschaft der Mädchen; bei Männern schweigsam und finster, befand er sich dort in seinem Elemente, und nahm an allem lebhaft Theil, was diese beschäftigte, erzählte ihnen vielfach wunderbare, abergläubische Geschichten, und benahm sich in mädchenhafter Weise schamhaft, wenn irgend Jemand zweideutige Bemerkungen machte. Er liess sich die Haare lang wachsen, suchte durch seine Kleidung möglichst weibliche Conturen hervortreten zu lassen und gab sich schliesslich Allen gegenüber selbst für ein weibliches Wesen aus, indem er, ohne auf das Gelächter der Anderen zu achten, Weiberkleider anzog und sich gänzlich als Frau benahm, ja, er behauptete schliesslich, Umgang mit Männern gehabt und einen Sohn geboren zu haben. Schliesslich wusste er um sich ein solch mysteriöses Dunkel zu verbreiten, dass er in halb scherzhafter, halb abergläubisch-ernsthafter Weise das Mannweib (uomo-donna) genannt wurde. Es würde zu weit führen, die verschiedenen Schicksale zu erzählen, die der Betreffende durchgemacht hat. Er musste schliesslich wieder Männerkleider anlegen, weil er anders keine Arbeit fand, trug aber zu Hause und bei ihm passend erscheinenden Gelegenheiten wieder Frauencostüm und behielt solche immer bei sich. So kam er von Dorf zu Dorf, nirgends länger bleibend, und mit Vorliebe weibliche Arbeiten verrichtend. Die Untersuchung seines Gesundheitszustandes führte endlich ein kleiner Diebstahl herbei, den er sich offenbar nur aus Eitelkeit und aus Liebe zu weiblichem Schmuck hatte zu Schulden kommen lassen. Obwohl er entschieden leugnete, den Diebstahl begangen zu haben, trug er doch einen veruntreuten Ring von unbedeutendem Werthe mit Ostentation am Finger, wurde dadurch überführt, und in Anbetracht seines geistigen Zustandes zu einer sehr unbedeutenden Strafe verurtheilt. Während der Untersuchung nun wurde er Object einer genauen gerichtsärztlichen Exploration. Bei dieser – er war nun 33 Jahre alt — ergab sich kein erhebliches positives Resultat. Er ist etwas voller

in den Contouren, als ein Mann, zumal runder in den Hüften, am Körper nur schwach behaart, trägt das Kopfhaar lang, nach Frauenart gescheitelt und theilweise gekräuselt; das sorgfältig rasirte Gesicht lässt entschieden die Anlage zu einem kräftigen Bartwuchs erkennen. Schwellende Lippen, auf denen stets ein leichtes Lächeln ruht; das kleine Gesicht hat einen mehr weiblichen Habitus und lässt ihn weit jünger erscheinen; keine Deformität an den Ohren, normale männliche Prominenz des Kehlkopfs. Die Behaarung der Geschlechtsgegend ist dicht und erstreckt sich in schmaler Zunge nach aufwärts zum sparsam behaarten Abdomen. *An den Geschlechtstheilen selbst ist gar keine Abnormität;* ebensowenig am Anus, woselbst auch *keinerlei Zeichen passiver Päderastie vorhanden sind.* Die Stimme ist schwach und mit Falsetttimbre, aber doch sonor, die Sprache fast singend und cadenzirt. Ueber die Functionen seiner Geschlechtswerkzeuge giebt er nur sparsame und ungenügende Auskunft, der Verf, glaubt, dass er früher entweder den Coitus ausgeübt oder onanirt habe; in den letzten Jahren hat er jedoch zweifellos *keinen* geschlechtlichen Umgang mit Frauen mehr gehabt, auch befinden sich seine Generationsorgane in einem Zustande von „Torpor". Wenn er die Gesellschaft des anderen Geschlechts gesucht hat, so geschah es nur, um mit ihnen und gleich ihnen zu leben, und ihnen seine Geschichten von seinem Umgange mit Männern und seinem angeblich von ihm geborenen Sohn zu erzählen. Unter seinen Sachen fanden sich eine Anzahl Kissen und Polster, welche ihm dazu dienten, in seiner, selbst der männlichen Kleidung runde Formen z. B. der Hüften, der Brüste etc. vorzutäuschen.

Verf. schliesst aus alledem, dass man es mit einem schwachsinnigen Menschen zu thun habe, und hält seine Verantwortlichkeit für aufgehoben. Die weiteren, wenn auch interessanten, Ausführungen des Verf. über die Auffassung etc. solcher Zustände mitzutheilen, würde zu weit führen. Er behauptet, im Gegensatze zu Westphal, dass es sich bei solchen Individuen mit conträrer Sexualempfindung nicht bloss um einen „neuropathischen" Zustand, sondern um wahre Geisteskrankheit handle, besonders weil, abgesehen von anderen Gründen, wie z. B. hereditäre Belastung, bei ihnen das eigene Ich in einem Widerspruch und verderblichen Kampf mit sich selbst komme, welcher die geistige Klarheit zerstöre; er hält daher auch solche Individuen für unzurechnungsfähig.

G. Salomon (Hamburg).

---

194) **Blumenstok** (Krakau): Ein Fall von traumatischer amnestischer Aphasie und gerichtsärztliche Bemerkungen über Aphasie überhaupt.

(Friedr. Bl. 1878. V.)

Interne Aphasien werden sehr viele beobachtet, schon etwas seltener die traumatischen, am seltensten die traumat. Fälle von gerichts-ärztl. Interesse; von der zweiten Categorie finden sich bis jetzt in der Literatur kaum 10 Fälle verzeichnet, während die letzte nur erst einen einzigen Fall aufweisst, und zwar von Liman (Handbuch 6. Aufl. I. p. 321—526). Diesem einen Fall reiht nun Verf. den folgenden an, als den einzigen, der ihm bis jetzt in 13 jähriger forensischer Praxis begegnete.

Marianne J., 23 Jahre alt, Dorfmädchen, Mutter eines unehel. Kindes, früher stets gesund, erhielt am 13. Mai 1876 einen Schlag auf die l. Kopfhälfte. Sie stürzte zusammen, musste nach Hause getragen werden und blieb einen vol-

len Monat bewusstlos, mit unwillkürl. Harn- und Stuhlentleerungen, sowie häufigem Erbrechen. Einige Tage nach der Verletzung wurde ein Stückchen Holz aus der Wunde extrahirt. Nach einem Monat kam allmählig das Bewustsein wieder und Pat. begann auch wieder zu sprechen, wenn auch unverständlich. Die Kopfwunde heilte unter Ausstossung einiger Knochensplitter nach 3 Monaten ohne ärztliche Behandlung.

Pat. wurde 5 Tage nach der Verletzung gerichtsärztlich untersucht mit folgendem Befund: „Bewusst- und Sprachlos. Pupillen normal. Parese des Facialis. Am Kopf links 3 Ctm. oberhalb der Ohrmuskel eine 2 Ctm. lange, 1 ctm. tiefe Wunde mit geschwellten Rändern; aus der Wunde quillt Eiter und Blut. Im hintern Mundwinkel dringt die Sonde $2^1/_2$ Ctm. tief ein, Knochen entblösst, rauh. Daselbst gleitet die Sonde tiefer nnd stösst auf ein bewegliches Knochenstück."

Einen Monat später ergab die Untersuchung folgendes:

„Wunde fast vernarbt. An einer Stelle noch Granulationen, durch welche die Sonde $1^1/_2$ Ctm. tief eindringt; daselbst der Knochen entblösst und rauh; in demselben findet sich eine $1^1/_2$ Ctm. lange, 1 Ctm. breite Vertiefung. Auf Fragen antwortet Pat. träge und unverständlich; das Gehör scheint links sehr beeinträchtigt zu sein. Pupillen normal. Gewisser Grad von Melancholie. Bewegungen sehr träge. Gang unsicher und ungeschickt."

3 Monate später folgender Befund:

„Wunde ganz geheilt. Breite Knochenvertiefung. Gang normal nur ist die rechte untere Extremität etwas schächer als die linke und wird beim Gehen einigermassen nachgeschleppt; keine Ataxie. Keine Sensibilitätsstörungen.

Volles Bewusstsein, doch niedergeschlagen und gleichgültig. Versteht alle Fragen, hat jedoch Orts- und Personennamen vergessen; auch die Bedeutung der Gegenstände, wie z. B. einer Feder, kann sie nicht benennen, obschon sie durch entsprechende Gesten ihr Verständniss bekundet.

Leider ist Pat. des Lesens und des Schreibens unkundig, man muss daher auf diese sehr interessanten Untersuchungen verzichten."

Wieder 3 Monate später ergab die Untersuchung bei der Gerichtsverhandlung ganz denselben Befund.

Verf. definirt die bestehende Aphasie als eine amnestische (Ogle, Kussmaul).

Im Anschluss an diesen Fall referirt Verf. noch über den oben erwähnten Fall von Liman und bespricht dann die Frage der Dispositionsfähigkeit resp. die Intelligenzgrade der Aphatiker. An der Hand von Beispielen weisst Verf. darauf hin, dass sich diese Frage jedenfalls nicht durch die Aussagen von vorübergehend Aphatischen entscheiden lasse, da sich diese sehr leicht über ihren Zustand täuschen können. Da aber unzweifelhaft der Denkprozess unabhängig ist von der Sprache (bildungsfähige Taubstumme, die sich nach erlernter Sprache über ihre Vergangenheit äussern können. — Aphatische, die vollkommen gut und klar disponiren, die sogar Meister im Schachspiel sind etc. etc.) ist Intelligenzstörung durchaus nicht nothwendig mit der Aphasie verbunden, sondern ob solche überhaupt da ist oder nicht, und event. in welchem Grade, hängt ganz ab von der grössern oder geringeren anatomischen Unterlage der Aphasie; bei umfangreichern anatom. Störungen im Gehirn sind noch weitere Complicationen vorhanden, wie Paresen, Hemi-

plegien, Taubheit, Hemiopie, Lähmungen des rechten Abducens etc.; diese letztere kommt vorwiegend bei bejahrteren Personen mit progress. atheromatösen Apoplexien vor.

Der untersuchende Gerichtsarzt muss stetsfort genau individualisiren, und die Untersuchung mehrmals wiederholen; denn einerseits bleibt selten eine Aphasie auf ihrem anfänglichen Standpunkt und andererseits bietet eine solche Untersuchung meist ziemliche Schwierigkeiten; eine grosse Stütze ist dabei die Fähigkeit des Kranken, sich schriftlich auszudrücken; nebenbei müssen noch alle möglichen Zeichen in Gebrauch gezogen werden; bei vorhandener Agraphie genügen oft gewisse Gesten, um das Verständniss unserer Fragen zu beweisen. Sehr instructiv ist das Beispiel des Verf. von einem alten Bekannten, der eifriger Büchersammler war, und den er nur durch Widerspruch gegen das ihm wohlbekannte enthusiastische Urtheil des Aphatikers über ein vorliegendes Buch zu Gesten bewegen konnte, die deutlich ein Verständniss der Situation nachwiesen.

Wenn auch bei der Beurtheilung der Aphatiker grosse Vorsicht geboten ist, um nicht „die blosse erschwerte Entäusserung des geistigen Besitzes mit Besitzlosigkeit zu verwechseln“ (Krafft-Ebing), so darf doch nicht übersehen werden, dass Aphatiker Gehirnkranke sind, deren Intelligenz erst nachzuweisen ist.

Sury-Bienz (Basel).

---

195) Lunacy, Celibacy and Marriage.

(The Lancet Vol. II. Nro. X 1878.)

Der kurzen Besprechung liegen die Angaben im 32. Jahresbericht der „Comissioners in Lunacy“ über beregtes Thema zu Grunde. Die Untersuchung war ausgeführt an den 14154 Aufnahmen des Jahres 1876 in die englischen Anstalten. Als ein Mangel wird hervorgehoben, dass die Aufnahmszahl von 1876 in Vergleich gesetzt wurde mit der Volkszählung von 1871 ohne Correctur bezüglich der Bevölkerungszunahme in den verflossenen 5 Jahren. Ein weiterer Berechnungsfehler findet sich gleich in der Angabe des Verhältnisses der Aufnahmen nach dem Civilstand zur Gesammtbevölkerung. Es kämen danach Unverheirathete 4,4 : 10,000; Verheirathete 8,0 : 10,000 u. Verwittwete 12,2 : 10,000 Einwohner. Das Verhältniss wird aber völlig anders, wenn bei den Unverheiratheten die Kinder ausser Rechnung gesetzt werden, wie es der Referent thut. Dann treffen 15,8 Aufnahmen auf 10,000 Unverheirathete, die andern Zahlen bleiben gleich.

Die Krankenzahl bei den Ledigen und Verheiratheten verhält sich wie 195 : 100 beim männlichen; 196 : 100 beim weiblichen Geschlechte. — Die Aufnahmen zeigten beim männlichen Geschlechte ein Uebergewicht gegen das weibliche bei den Ledigen, Verheiratheten und Wittwern um 7, 8 und 9 Procent.

Bezüglich der Altersstufen ergab die Berechnung folgende Resultate:

Das Uebergewicht der Ledigen gegen die Verheiratheten wächst

bis zum 50. Jahre, fällt dann, bleibt aber immer bemerklich. Vor dem 50. Jahre erkranken mehr ledige Männer als Frauen, nach dem 50. Jahre mehr Frauen.

Bei den Verheiratheten stellen die Jahre 20 bis 30 eine beträchtlich höhere Anzahl Frauen (in Folge von Puerperalerkrankungen) dagegen weisen in den folgenden Decennien die Männer höhere Erkrankungsziffern auf.

Karrer (Erlangen)

# Kleinere Mittheilungen.

37) Buzzard (London) Britisch Med. Journal v. 18. V. 1878, berichtet über einen Fall, wo ein gesunder Mann von 50 Jahren an Blepharospasmus des einen Auges in höchst unangenehmer Weise litt. Wurde auf den tragus derselben Seite ein Druck ausgeübt, so verschwand der Krampf. Die Entfernung von geringer Quantität cerumen aus dem äusseren Gehörgang und kurze Zeit Anwendung des constanten Stromes genügte Heilung herbeizuführen. Verf. nimmt eine Reizung des ramus auric. temp. des Quintus als die Ursache des Blepharospasmus an.

38) Baumgarten (Königsberg): Zur Semidecussationstheorie. (Centralbatt für m. W. 1878 Nro. 31.) Verfasser bereichert die path. Anatomie des Chiasma n. opticor. um einen neuen wichtigen Befund. Er fand bei einer Frau, der 7 Jahre vorher der *rechte* Augapfel enucleirt worden war, den rechten Opticusstamm gänzlich atrophisch. Beim ersten Anblick schien die Atrophie nicht bis zum hinteren Chiasmawinkel vorgedrungen zu sein, allein bei der mikroskopischen Untersuchung ergaben sich *beide* tractus afficirt, doch so, dass in dem Querschnitte des *rechten*, der gleichen Seite angehörenden tractus ein schmaler markloser Streifen längs der *oberen* Peripherie, in dem des *linken*, der afficirten Seite entgegengesetzten tractus, die Atrophie im Markfaserverlauf der unteren und inneren Seite constatirt werden konnte.

39) v. Kepinski (Galizien) theilt (nach Hirschberg's C.-B.) in seiner Inauguraldiss. Kiel 1878 aus der Klinik von Prof. Völkers einen Fall mit, der wegen bestehender Amaurose, Protusion des linken Augapfels, heftigen Kopfschmerzen und Kaubeschwerden Klage führte. Es wurde nahezu totale Amaurose, Lähmung des linken Trigem. und facialis, Unbeweglichkeit des bulbus nebst Ptosis und Stauungspapille constatirt, während das rechte Auge gesund und normalsichtig war. Die Diagnose wurde auf Anwesenheit eines Orbitaltumors der äusseren Wandung gestellt, der Versuch der Exstirpation des Tumors gelingt wegen zu fester Verwachsung mit dem Knochen nicht. Die Section ergiebt einen hühnereigrossen, röthlichen elastischen Tumor, der an der Schädelbasis mit dem process. pteryg. sin. fest verwachsen war. Von hier aus ist er nach oben und vorn gewuchert, hat die äussere und innere Orbitalwand durchbrochen und den unteren und inneren Theil der Orbitalhöhle vollständig ausgefüllt. Die Geschwulst ergab sich mikroskopisch als ein Rundzellensarcom.

40) Königstein (Wien) stellt nach Hirschberg's C.-B. in der K. K. Gesellschaft der Aerzte am 12. April c. einen 33jährigen Patienten vor, der an Läh-

mung sämmtlicher äusseren Augenmuskeln des rechten Auges und Anaesthesie des Trigeminus derselben Seite litt. Vor 10 Jahren hatte sich P. syphilitisch inficirt, und wurde auch noch im folgenden Jahre an einer neuen Eruption behandelt. Im Herbste 1874 zeigte P. nach Vorangehen mehrerer Fieberparoxysmen Grössenwahnideen, die die Unterbringung in eine Heilanstalt nothwendig machten. Nach 3 Monaten geheilt entlassen, traten 1875 wieder unter Fieberparoxysmen, die von Erbrechen und Kopfschmerzen begleitet waren, epileptiforme Anfälle ein, die sich nach 1/2 Jahre wiederholten. Im Herbst 1876 klagte Pat. über Doppeltsehen und wurde eine Parese des m. extern. und intern. oc. dext. constatirt, der nach 4 Tagen eine vollständige Lähmung aller Augenmuskeln folgte, und nach kurzer Zeit sich eine Anästhesie des rechten Trigeminus zugesellte. Anfang 1877 war Pat. von diesen Affectionen als vollständig geheilt anzusehen, allein im Herbste desselben Jahres trat derselbe Zustand der Lähmung aller äusseren Augenmuskeln von neuem ein.

Nach Monatsfrist folgte unter heftigen Kopfschmerzen im Zeitraum von 3 Tagen totale Amaurose. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Atrophia alba n. opt. Verf. vermuthet als ursächliches Moment einen difussen Degenerationsprocess der Arterien des Hirnes auf luetischer Basis.

Ref. 37—40 Nieden (Bochum).

---



Verlag und Redaction von Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf bei Coblenz. — Druck von Ph. Werle in Coblenz.

# CENTRAL-BLATT

für

## Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Herausgegeben und verlegt

von

**Dr. med. A. ERLENMEYER,**

dirig. Arzte der „Dr. Erlenmeyer'schen Anstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz."

---

**Monatlich eine Nummer — 1½ Bogen stark.**

Preis Halbjährlich 3 Mark.

Abonnements nehmen alle Buchhandlungen und Postanstalten an. — Insertion auf dem Umschlag 50 Pfg. für die durchgehende Petitzeile oder deren Raum.

**Nro. 12. 1. Jahrgang. 1878.**

## An unsere verehrten Leser.

Bona jam peractis jungite fata!

Mit stolzer Freude und Genugthuung blicken wir auf den vollendeten ersten Jahrgang des CENTRALBLATTES zurück, denn die ungetheilte Anerkennung, und eine unsere kühnsten Erwartungen weit übertreffende Verbreitung desselben haben den glänzendsten Beweis geliefert dafür, dass die Voraussetzung, von der aus das Blatt gegründet wurde richtig, und dass die bisherige Leitung keine verfehlte war.

Ohne den grossen, durch ihr Alter und ihre Redaction bewährten, vierteljährlich erscheinenden Zeitschriften unserer Spezialfächer nur im Entferntesten zu nahe treten zu wollen, schien die Gründung eines in kürzeren Zwischenräumen erscheinenden Blattes, das namentlich sein Hauptaugenmerk auf ein referirendes Sammeln und übersichtliches Zusammenstellen guter einschlägiger Arbeiten aus der deutschen und ausserdeutschen Literatur richtete, als ein dringendes Bedürfniss. Grade dieses betonten wir in der ersten Ankündigung des Blattes, die auf der Naturforscherversammlung in München ausgegeben wurde, und zahlreiche Zuschriften und mündliche Erklärungen haben uns ausser der immer noch wachsenden Zahl der Abonnenten inzwischen den Beweis geliefert, dass wir das Richtige getroffen.

Eine Zahl tüchtiger Mitarbeiter hat sich mit uns verbunden und durch ihre gediegenen Arbeiten zumeist das Aufblühen des Blat-

tes gefördert. Es sei ihnen hier von Herzen Dank gesagt, in der sicheren Zuversicht, dass auch in dem folgenden Jahre das Centralblatt sich ihrer bewährten Mitarbeiterschaft erfreuen möge. Doppelt wird es derselben bedürfen, denn, wie bereits in der vorigen Nummer angekündigt, soll unser Blatt im nächsten Jahre **alle 14 Tage** erscheinen, womit ein Ziel erreicht ist, dessen Anstreben unsere ganze Aufmerksamkeit bislang in Anspruch nahm.

Dadurch sind wir in den Stand gesetzt noch schneller wie bisher unseren geehrten Lesern von den literarischen Erscheinungen einen zusammenfassenden Ueberblick zu gewähren, wir können aber jetzt auch eine besondere Art der Publication cultiviren, die sich bei dem gehäuften Andrang von Arbeiten an die Vierteljahrschriften und der gerade hierdurch wieder bedingten Stockung in ihrer Veröffentlichung dringend empfiehlt, nämlich die **vorläufige Mittheilung.**

Wie oft macht der Spezialist Beobachtungen und Erfahrungen, die er gerne schnell den Collegen mittheilen möchte, allein es fehlt ihm im Drange der Praxis die Zeit zur Ausarbeitung und Vervollständigung. Die Arbeit wird auf „nächsten Winter" verschoben; inzwischen veröffentlicht ein Anderer Aehnliches oder Gleiches, und die Lust an der Schreiberei verflüchtigt sich. Dass auf diese Weise manches Saatkorn nebenhin fällt, ohne in die Frucht zu wachsen, bleibt leider Thatsache. Hier kann nun das Centralblatt durch sein 14tägiges Erscheinen Hülfe schaffen und empfiehlt sich zur Aufnahme solcher kleinen Arbeiten. Grosse Artikel nehmen wir, überhaupt nicht auf; diese sollen zu Westphal, Laehr und Eulenberg wandern. *Von jeder Arbeit aber, die bei den genannten Redaktionen monatelang liegen muss, ehe sie abgedruckt werden kann* — anderer daraus oft für den Autor entstehender Unannehmlichkeiten gar nicht zu gedenken — *sollte im Centralblatt in Form der „vorläufigen Mittheilung" kurz der Kern des Inhalts publicirt werden.* Diese Empfehlung legen wir hiermit allen Autoren dringend ans Herz.

Im Uebrigen tritt in der Art der Redaction keinerlei Aenderung ein und werden die Referate in gleich streng objectiver Weise wie bisher aus sachkundigen Federn geliefert werden.

---

Das „Centralblatt" erscheint im nächsten Jahr, der Mehrzahl der eingelaufenen Wünsche entsprechend *in gleichem Formate wie bisher*, jedoch ohne Umschlag. Man abonnirt bei Post und Buchhandel, oder durch Einsendung des Betrages direct an die Expedition. (Georg Böhme in Leipzig) Preis vierteljährlich 3 Mark. Wir bitten recht dringend frühzeitig zu abonniren, damit gleich bei Beginn des neuen Jahres die Abonnentenzahl zu übersehen ist, und bei der Auflage der ersten Nummer kein Missgriff geschehe.

Denjenigen Herren, welche 1879 ein Exemplar des Blattes gratis von uns erhalten, ist dies mit der heutigen Nummer durch eine besondere Einlage mitgetheilt worden.

*Die Redaction.*

---

# Referate.

**196) Ad. Pansch** (Kiel): Die Furchen und Wülste am Grosshirn des Menschen. Zugleich eine Erläuterung zu dem Gehirnmodell*).
(Berlin Robert Oppenheim 1878.)

Am wichtigsten für die Betrachtung und für das Verständniss der Gehirnoberfläche sind die *Furchen* des Gehirns, unter denen man nach Pansch die „*Totalfurchem*“ (Fissurae), ferner die „primaeren“ oder „*Hauptfurchen*“ und schliesslich die sekundaeren oder „*Nebenfurchen*“ unterscheiden muss.

Die erstgenannten sind das Ergebniss einer Einbiegung der noch dünnen Wand des foetalen *Grosshirnbläschens*, während die beiden andern Arten durch Faltungen der *Gehirnrinde* in späteren Stadien der Entwicklung entstehen. Sehr wichtig ist ferner die *grössere Tiefe* der Fissuren und der Hauptfurchen gegenüber derjenigen der Nebenfurchen; letztere sind auch zugleich inkonstant, während die ersteren typisch genannt werden können. „Man kann am ausgewachsenen Hirn die Entwicklungsgeschichte *einigermassen* ablesen, indem man die Tiefe der Furchen untersucht“.

Als Totalfurchen unterscheidet Pansch 1) die *Fissura Sylvii*, 2) die *Fissura occipitalis* (Fissura parieto-occipital. Ecker) 3) die *Fissura calcarina* und 4) die *Fissura hippocampi.* — Diesen gegenüber stehen die „Rindenfurchen“, *Sulci*, welche in primaere, typische *Hauptfurchen* und in sekundaere *Nebenfurchen* zerfallen. Die Hauptfurchen sind 1) der *Sulc. Rolando,* (Sulc. centralis Ecker 2) *Sulc. parietalis* (S. interparietalis Ecker) 3) *Sulc. frontalis* (Sulc. praecentralis und Sulc. frontalis inferior Ecker.) 4) *sulc. temporalis* (Sulc. temporal. superior Ecker). Alle diese Furchen sind beim Erwachsenen 2 Centimeter und darüber tief. Dazu kommen noch 5) der *Sulc. olfactorius* und 6) *Sulc. occipito-temporalis* (inferior). Zu den zweifelhaften Primärfurchen oder Primärfurchen zweiter Ordnung rechnet P. den Sulc. *calloso-marginalis* oder *Sulc. medialis fronto-parientalis* und den *Sulcus frontalis superior.* Die sogenannte Affenspalte, den Sulc. occipitalis transversus, ist nicht zu den Primärfurchen zu rechnen. Alle übrigen Furchen sind sekundär oder tertiär und inkonstant.

Durch diese Total- und Hauptfurchen wird das Gehirn in „*Haupt*“ oder „*Primaerwülste*“ (*Lobuli)* abgetheilt, welche in solche der lateralen und in solche der medialen (und unteren) Fläche zerfallen. Es entstehen 8 Hauptwülste auf der lateralen (einschliesslich der orbitalen) Fläche, (und zwar 4 über und 2 unter der Fissura Sylvii und 2 auf der orbitalen Fläche); ferner je zwei auf der unteren und auf der medialen Fläche. Damit wird die gebräuchliche Eintheilung des Grosshirns in 5 Lappen verworfen, eine Eintheilung, welche vom entwicklungsgeschichtlichen Standpunkte aus sich nicht aufrecht erhalten lässt, da die angenommenen Grenzfurchen der einzelnen Lappen einander nicht gleichwerthig

*) Ist von der Buchhandlung von Rammé in Hamburg herausgegeben. Preis M. 7.20. — d. Red.

sind oder theilweise sogar völlig fehlen. P. spricht nur von 3 Endlappen des Gehirns, die ihrerseits keine weiteren Hauptfurchen besitzen und die er mit dem Namen der *Extremitates frontales, temporales* und *occipitales* belegt. Er unterscheidet ferner *Haupt-* und *Nebenwülste,* die er nach der allgemeinen Lage und nach der Reihenfolge, zugleich aber auch nach der Gegend des Kopfes bezeichnet, in welcher sie liegen.

Dem gewöhnlichen Sprachgebrauche macht er die Concession, dass er die „Hauptwülste" *Lobuli* und die „Nebenwülste" *Gyri* nennt.

An *Hauptwülsten* zählt er folgende auf: 1) den ersten Hauptwulst *(Lobul. frontal. infer.)* unterer Stirnwulst 2) den zweiten Hauptwulst *(Lobul. front. sup.)* oberer Stirnwulst 3) den *Lob. parietalis superior* (dritter Hauptwulst,) oberer Scheitelwulst 7) den *Lob. parietalis inferior,* (vierter Hauptwulst,) unterer Scheitelwulst. 5) *Lob. tempor. sup.* (fünfter Hauptwulst;) oberer Schläfenwulst 6) *Lob. tempor. inf.* (sechster Hauptwulst) 7) und 8) den *Lobulus orbitalis medalis* und den *Lob. orbitalis lateralis.* An der *medialen* Fläche des Gehirns unterscheidet er den *vorderen medialen Hauptwulst* (Lob. medial. fronto-parietalis) und den *hinteren medialen Hauptwulst* (Lob. med. occipitalis), und schliesslich an der *unteren* Fläche den unteren Hauptwuls (Lob. occipito-temporal. medialis) und den lateralen unteren Hauptwulst (Lob. occipito-temp. lateral.) —

Auf die Unterabtheilungen dieser Hauptwülste, die *Nebenwülste* oder *Gyri* kann hier im Einzelnen nicht weiter eingegangen werden; es sei nur erwähnt, dass P. den Gyr. centralis anterior *Gyr. Rolandicus anterior* und den Gyr. central. post. *Gyr. Rolandicus posterior* benennt, und dass ein grosser Theil der von ihm gewählten Bezeichnungen sich mit den Ecker'schen deckt. —

Immerhin dürfte es vom practischen Standpunkte aus nicht unbedenklich erscheinen, die ohnehin verwicktelte Nomenklatur der einzelnen Gehirnwülste oder Windungen noch zu vermehren, so wichtig und annehmbar auch der entwicklungsgeschichtliche Gesichtspunkt bei der Neueintheilung dieser Gebilde erscheint.

In den beigegebenen Tafeln findet sich die Tiefe der einzelnen Furchen durch entsprechende Dicke der eingezeichneten Furchenlinien angedeutet, während die Totalfurchen ausserdem durch doppelte, die Hauptfurchen durch einfache rothe Streifen hervorgehoben sind. Schultze (Heidelberg).

---

197) **Charles Richet:** Structure des circonvolutions cérébrales (Anatomie et Physiologie).

Paris, Baillière et Cie. 1878. 172 Seiten.

Die vorliegende Monographie gibt in ziemlich ausführlicher Darstellung die bisheran gemachten Beobachtungen über die Anatomie und namentlich Physiologie der Grosshirnwindungen, welche bekanntlich durch die bahnbrechenden Untersuchungen Meynert's einerseits, Fritsch's, Hitzig's und Ferrier's andrerseits mancherlei Modificationen den alten Anschauungen gegenüber erfahren haben. Sehr fleissig ist das Material aus den deutschen, französi-

schen, englischen, italienischen und amerikanischen Autoren zusammengetragen und kritisch gesichtet, sehr oft hat sich der Verf. bemüht, bei noch strittigen Punkten seine eigene Meinung klarzulegen — aber eigene Experimente, eigene neue Beobachtungen fehlen bis auf einige wenige, die gleich erörtert werden sollen. Man muss daher, wenn man das Buch, das man übrigens nicht ohne Interesse bis zu Ende lesen wird, zur Hand nimmt, von vorn herein auf neue Entdeckungen in dem Gebiete der Hirnanatomie und -physiologie verzichten.

Der Plan des Buches ist kurz folgender: Der erste Theil bespricht die Structur der Windungen. Nach einer historischen Einleitung und Schilderung der Vertheilung der Windungen im Allgemeinen bespricht Verf. den microskopischen Bau der einzelnen Elemente derselben, an der Hand von aus anderen Werken entlehnten Zeichnungen. Die graue und weisse Substanz, die Gefässe der Windungen werden des Besonderen abgehandelt.

Der bei weitem grössere Theil des Buches umfasst die Physiologie und beginnt nach einer kurzen vergleichend anatomischen Uebersicht mit der Erregbarkeit der Grosshirnrinde. Bei dieser Gelegenheit spricht Verf. von einem Experimente, welches er mit Berhefontaine in Vulpian's Laboratorium unternommen und welches die grössere Erregbarkeit der weissen Substanz gegenüber der grauen scheinbar beweist. Frank jedoch beobachtete eine Verminderung der Erregbarkeit nach Abtragung der grauen Substanz und scheint die Differenz darin zu liegen, dass bei Richet die Hunde chloralisirt wurden, bei Frank nicht. Ferner führt Verf. hier ein eigenes, von ihm schon früher publicirtes, Experiment, die directe electrische Erregbarkeit, der grauen Substanz betreffend, an.

Ueber die thermische und chemische Erregbarkeit, sowie über die Circulationsverhältnisse, Anaemie und Hyperaemie des Gehirnes, ist nichts Neues berichtet.

Sehr umfangreich ist das nun folgende Capitel: Ueber die motorischen Functionen der Windungen. Es werden hier die bekannten Zeichnungen von Hitzig und Ferrier wiedergegeben, um die Localität der sogenannten psychomotorischen Centren zu bezeichnen, nach deren Exstirpation die bekannten Lähmungserscheinungen an der entgegengesetzten Körperhälfte eintreten. Auch wird eine pathologische Beobachtung angeführt, wo der Sitz eines Tuberkels in der grauen Substanz (am hintern Theil der Rolando'schen Furche) eine Paralyse des Armes erzeugt hatte.

Das Wenige über *Aphasie* mitgetheilte enthält ebenfalls nichts Neues und bei der Anführung der zwei Theorien, der motorischen Centren Hitzig's und der Reflextheorie Schiff's, die Verf. ausführlich discutirt, behauptet er, dass die Existenz psychomotorischer Centren nicht erwiesen sei, dass aber psychomotorische Bündel existirten, welche beim Menschen entwickelter als beim Hunde seien.

Ueber die sensitiven Functionen der Windungen wissen wir noch wenig. Die Erklärungen Munk's über Seelentaubheit und Seelenblindheit befriedigen Verf. weniger, als die älteren Anschauungen Flourens über diesen Gegenstand.

Es schliesst das Buch mit dem dunkelsten Punkte auf diesem Gebiete, den intellectuellen Functionen der Windungen. Es werden die Gewichte und die Anzahl der Windungen neben den vergleichend anatomischen Daten, namentlich Leuret's, herangezogen.

Man sieht, dass das Buch, obwohl es zum bereits Bekannten wenig hinzufügt, doch reichhaltig genug ist, um einen vollständigen Ueberblick des Vorhandenen zu gewähren; namentlich — wir wiederholen dies — ist die ältere und neuere Literatur fleissig benutzt und angeführt. Goldstein (Aachen).

198) **Rosenbach** (Breslau): Ueber die Localisation acuter Lungenerkrankungen bei Hemiplegischen.
(Berl. klin. Wochschr. 1878. Nro. 41.)

Verf. hält sich auf Grund einer relativ grossen Beobachtungsreihe — 11 Fälle — zu dem Schlusse berechtigt, dass acute Lungenerkrankungen, die bei halbseitigen Lähmungen nach Gehirnblutungen stattfinden, *immer die gelähmte Seite* befallen. Er erwähnt die bekannten Experimente Brown-Séquard's und Schiff's, die nach bestimmten Hirnverletzungen Hyperaemien und Haemorrhagien in Pleura und Lungen der entgegengesetzten Seite ergaben, ferner streift er kurz — zu kurz — die feststehende Thatsache, dass bei manchen Fällen von Hemiplegie auch die Athemmuskulatur der gelähmten Seite in der Function erschwert oder sogar ganz ausser Thätigkeit gesetzt ist, (Hasse z. B. (sein Lehrb. II. Aufl. pag. 426) spricht von Fällen, bei denen das Athmen der gelähmten Seite einzig und allein durch das Zwergfell zu Stande kommt. Auch die Arbeit Berger's, die Lähmung des N. thoracicus longus, ist hier anzuziehen; er fand Lähmungen des Levator anguli scap. und Trapezius auf der gelähmten Seite Hemiplegischer. Ref.) und sucht die Erklärung der in Rede stehenden Erscheinung in einer *verminderten Reflexerregbarkeit* in den Luftwegen der gelähmten Seite, die er analog der einseitigen Reflexhemmung in dem äusseren Gehörgang, der Nasenschleimhaut, der Cornea, dem Cremaster, der Bauchhaut und der Muskulatur der Brustwarze annimmt. Die Supposition einer solchen Reflexhemmung in den Luftwegen ist gewiss eine durchaus erlaubte, und wird durch den Mechanismus der s. g. Verschluckungspneumonie erheblich gestützt. Ob dies Verhalten allein zur Erklärung des fraglichen Vorganges ausreicht, und ob die anderen Momente eine so directe Abweisung verdienen, scheint mir doch noch eine discutirbare Frage. Einmal ist ebenso wie der Analogieschluss der abgestumpften Reflexe in den Luftwegen eine Lähmung der Bronchial- und Gefässmuskulatur mit consecutiver venöser Blutüberfüllung und verlangsamter Circulation in der Lunge der gelähmten Seite anzunehmen erlaubt, sodann, und das gilt besonders für alte Fälle, können wir die Erfahrungen aus der pathologischen Entwicklungslehre, aus der uns ein destruirender und functionshemmender Einfluss einer abnormen Gehirnhälfte auf die gegenüberliegende Lunge bekannt ist, nicht ganz ausser Acht lassen*). Immerhin ist die Arbeit Rosenbach's eine sehr verdienstliche.

Erlenmeyer.

*) Vergl. C. Gerhardt, Lehrb. des Auskult. und Percussion. Tüb. 1871 II. Auflage.

199) **Panthel**, (Ems): Ein unter dem Einflusse von Chloralhydrat und Bromkali geheilter Tetanus traumaticus.

(Berl. klin. Wochenschr. 1878. Nro. 43.)

200) **Klammroth** (Steinau): Fall von Tetanus traumaticus, erfolglos mit Nervendehnung behandelt.

(Deutsche med. Wochenschr. 1878. Nro. 44.)

Panthel ist in der Lage einen zweiten Fall von Heilung des Tetanus tr. durch die angegebenen Mittel berichten zu können. Ein 40jähriger Arbeiter hatte sich durch Stiefeldruck eine Wunde am rechten Knöchel zugezogen und als er in Behandlung Verf. trat, schon seit 5 Tagen an Trismus gelitten. Es wurden Chloral und Bromkali abwechselnd alle 2 Stunden in Gaben von 2 gramm gereicht. Schon nach 24 Stunden war ein merklicher Nachlass der Erscheinungen zu verzeichnen, nach 6 Tagen eine ganz beträchtliche Minderung. Nach 3 Wochen waren die Tetanussymptome bis auf Steifheit der Nackenmuskeln bei Bewegungsversuchen verschwunden. In der dritten Woche traten Anfälle von heftigem Schmerze zwischen sechster und siebenter Rippe rechts, verbunden mit schwerstem Oppressionsgefühl auf der Brust auf. Erst mit der 6. bis 7. Woche trat die völlige Heilung ein. Von Chloral und Bromkali waren im Ganzen je 90 gramm in den ersten vierzehn Tagen verbraucht, dann wurde weniger gegeben, je nach dem Auftreten der Anfälle. Ueble Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung.

Klammroth gab in seinem Falle — 17jähriges Landmädchen, kleine Hautwunde am linken innern Knöchel, seit einem Tage starker Trismus, Steifheit der Nackenmuskeln heftige Schmerzparoxysmen im Rücken, Fieber, — ebenfalls Chloralhydrat (6,0 : 60,0 esslöffelweise); dann Chloral in Verbindung mit Morphium (0,05) und schritt am zweiten Tage der Behandlung zur Dehnung des Nerv. cruralis. Nach der Operation fühlte sich die Kranke sehr wohl, es blieben auch circa 24 Stunden lang die Muskeln frei von Starre, dann aber trat bei Bewegungsversuchen wieder Nackenstarre ein, das subjective Wohlbefinden erhielt sich aber beinahe bis zu dem am 2. Tage nach der Operation unter beträchtlicher Temperatursteigerung (42,2°) erfolgten Tode.

Die von Verf. aufgeworfene Frage, ob nicht am Ende das Chloralhydrat, von welchem im Ganzen 14—15 gramm gegeben worden waren, ungünstig gewirkt haben möchte, dürfte wohl nach Panthel's Mittheilung zu verneinen sein. Uebrigens hatte die Krankheit bei dessen Patienten von Anfang an einen milderen Verlauf. Karrer (Erlangen).

---

201) **Dmitrowsky**: Blepharospasmus. Natrum salicylicum. Heilung.

(Medizinsky Westnik 1878. Nro. 41.)

M. Willmann, 26 Jahre alt, Aufseher im Effectendepot des Nikolailandhospitals, tritt in dieses am 15. Juli d. J. ein. Sein Gesicht ist sehr roth, feucht, das rechte Ange geschlossen und zwar so fest, dass beim Versuche dasselbe zu öffnen sich nur eine Spalte von einigen Millimetern Breite zeigt, durch welche blos ein kleines

Segment der Hornhaut und ein Theil des untern Augapfelabschnittes zu sehen ist. Der Bulbus ist fast ganz blass, die Cornea ist von einer kaum merklichen rosenrothen Injection umgeben und völlig durchsichtig, die Conjunctiva völlig normal. Das linke Auge ist vollkommen gesund, nicht lichtscheu, und nicht thränend, das rechte öffnet sich Abends spontan. Druck auf den N. supraorbitalis in der Incissura orbitalis ist nicht schmerzhaft und lindert den Lidkrampf nicht. 3tägiger Atropingebrauch (1: 60) erweiterte die Pupille nicht und verschlimmerte den Blepharospasmus. Am 5. Tage wurde 1,0 am 8. 2,0 Bromkalium bei der Erfolglosigkeit der Atropintherapie gegeben, was einen beiderseitigen Lidkrampf am 31. Juli zur Folge hatte. Eine allmälige Steigerung der Bromkaliumdosen auf 4,0 und 6,0 pro die brachte nur am 9. August eine vorübergehende Besserung und desshalb entschloss sich Verf. am 11., da er den Lidkrampf für eine Neurose erkannte, zur Darreichung von 6,0 Natrum salicylicum, welches den Krampf bis zum 15. verschwinden machte; eine wiederholte Gabe von 7,5 desselben Mittels heilte den Kranken in 8 Tagen, der am 28 August das Hospital verliess.

Hinze (St. Petersburg).

---

202) **Lados**: Heilung epileptischer Anfälle nach Entfernung einer Geschwulst an der Dura mater.

(Annales de la soc. des médécine de Gand, 4 Livr. 1878.)

44jähriger Lohgerber erhält durch einen Fall von einer Treppe eine Contusion des Schädels mit starker Blutung und mehrstündigem Bewusstseinsverlust. Nach einigen Tagen konnte er wieder arbeiten, doch litt er jahrelang an Schlaf raubenden heftigen Kopfschmerzen; es bildete sich unterdessen auf der Stelle der Verwundung eine weiche, gestielte, etwa taubeneigrosse Geschwulst aus, welche eine mit dem Pulse isochrone Bewegung und in der Umgebung eine Oeffnung im Scheitelbeine zeigte. Mit dem Auftreten dieser Geschwulst zeigten sich mehrmals täglich epileptische Anfälle, welche mit Verlust des Bewusstseins, Schmerzen in den Zähnen verbunden waren und allgemeine Convulsionen, besonders aber im rechten Beine, setzten. Die Geschwulst sass über der rechten Pfeilnaht am hintern obern Winkel des entsprechenden Scheitelbeines. In der Voraussetzung, dass hier eine syphilitische Affection vorliege, wurde Jodkalium verordnet, welches wohl die Kopfschmerzen, aber nicht die Krämpfe verschwieden machte, desshalb wurde, da auch der Kranke jede vorangegangene syphilitische Affection hartnäckig leugnete, die Geschwulst abgeschnürt, der Styl geätzt und die Wunde mit einfachem Cerate zur Heilung gebracht die Convulsionen hörten jetzt gänzlich auf, nur fühlt der Kranke von Zeit zu Zeit als Remiciscenz an seine früheren Anfälle ein Jucken und Zucken im rechten Bein, ist übrigens sonst wohlgenährt, die etwa Halbfrancengrosse Oeffnung im Scheitelbeine schützt er durch eine Platte aus festem Stoffe. Es lag hier also Folgendes vor: der Fall auf den Schädel verursachte eine Entzündung der Dura mater und des entsprechenden Scheitelbeines, welche ihrerseits wiederum die Bildung eines den Schädel perforirenden und Kopfschmerz und Convulsionen verursachenden Fungus zur Folge hatte.

Hinze (St. Petersburg).

203) **Kirn:** Die periodischen Psychosen. Eine klinische Abhandlung. Stuttgart, Enke 1878.)

Der Verf. liefert in der oben genannten Schrift, eine neue psychiatrische Studie, deren Analyse in den folgenden Zeilen den Zweck hat, die Leser auf dieses wirklich lehrenswerthe Buch zu lenken.

Nach einer kurzen geschichtlichen Skizze über die periodischen Psychosen, in der ich allerdings zunächst Baumgarten-Crusius (Periodologie etc. Halle 1836) vermisse, wird die Pathognese der periodischen Psychosen studirt; sie bilden nur eine weitere Ausdehnung des allgemeinen Gesetzes der Periodicität, das uns überall in der Pathologie der Nervenkrankheiten entgegentritt, und stellen Seelenstörungen dar, welche auf einem dauernden pathologischen Zustand beruhen, nur in gewissen, bald mehr, bald minder regelmässigen Zeiträumen mit charakteristischen Krankheitsanfällen in Scene treten, während in den Zwischenzeiten nur leichte, oft sehr geringe, psychische oder nervöse Veränderungen an den Fortbestand des krankhaften Zustandes erinnern. Sie zerfallen in 1. echte direct central bedingte periodische Psychosen und 2. in secundär ausgelöste, in Anfällen verlaufende Psychosen; die erste Gruppe zerfällt wieder in Psychosen mit langen Anfällen (Manie, Melancholie, cyklische Psychosen) und in solche mit kurzen Anfällen, doch mag schon hier bemerkt sein, dass es nicht die absolute Zeitdauer allein ist, welche dem Verf. zu dieser Trennung der beiden Gruppen Anlass gibt.

Bei der ersten Gruppe ist unter den Ursachen zunächst die erbliche Anlage zu nennen, weiter die Pubertäts-Entwicklung und wohl auch das Klimakterium, die Anfälle dauern meist Monate lang und werden von entsprechenden relativ freien Zeiten unterbrochen. Die Länge des Anfalls steht im proportionalen Verhältniss zur Länge des Intervalls, d. h. mit der Zunahme der Länge des Anfalls wächst auch die Länge der Pause und umgekehrt. Da aber diese Störungen auf einem dauernden Krankheitszustand beruhen, so sind die anfallsfreien Zeiten durch das Aufhören der den Paroxysmen eigenthümlichen Erscheinungen, nicht aber durch einen Zustand völliger psychischer und somatischer Integrität charakterisirt. Lucida intervalla im buchstäblichen Sinne gibt es nicht. Dieser Satz dürfte wohl manchen Anfechtungen ausgesetzt sein, namentlich in juridischer Beziehung, es bleibt hier aber sehr viel der individuellen Anschauung überlassen, und möchte ich hier nur an Wolff erinnern, der durch seine sphygmographischen Untersuchungen zu dem Resultate gelangte, dass die wenigsten Geisteskranken radical geheilt werden. Und doch dürften gar viele von diesen Personen, die nach den Angaben des Sphygmographen noch krank oder wenigstens nicht vollkommen geheilt sind, den Aerzten im Allgemeinen nicht als krank erscheinen, noch weniger aber von Richtern und Geschworenen für krank gehalten werden. Dies nur so nebenbei, da Verf. später selbst von einem lucidum intervallum spricht, das er früher ableugnete. In die Details der einzelnen Formen kann hier nicht eingegangen werden, diese möge man in der volle Beachtung ver-

dienenden Arbeit selbst nachlesen. In Bezug auf die cyklische Psychose muss ich nur erwähnen, dass auch nach meinen Erfahrungen diese Form häufiger bei Weibern (Falret, L. Meyer) als bei Männern (Dittmar) ist, und dass ich Kirn vollkommen Recht gebe, wenn er sie gegen Dittmar als eine besondere Form festhält. Wenn man schon einzelne Formen — Krankheiten — eliminiren will, dann fängt man weit zweckmässiger bei ganz andern an, als gerade bei der cyklischen Psychose. Doch ich lasse für heute wenigstens, die Sache bei Seite, wie ich es seiner Zeit mit der Arbeit von Dittmar selbst gethan; ist erst sein Lehrbuch, das manches Gute verspricht, vollendet, dann wird sich ja wohl ein Wort noch reden lassen über die regulatorischen und cyklischen Psychosen.

Die zweite Gruppe der centralen Psychosen characterisirt sich, wie schon erwähnt, durch kürzere Anfälle, aber diese bekunden eine tiefere Gehirn-Affection durch weit schwerere Störung des Bewusstseins, grössere Erregung und intensivere motorische Entladungen. Der Verlauf und die Prognose dieser Fälle gestaltet sich entschieden günstiger, als bei den Typosen mit langen Anfällen, das Intervall der Anfälle ist ein längeres, die Störungen in demselben sind nicht so bedeutend, und endlich wird häufiger Genesung beobachtet, sei es mit einem mässigen geistigen Defect, sei es selbst restitutio ad integrum.

Bei den secundär ausgelösten Psychosen mit periodischer Wiederkehr handelt es sich nicht um eine direct vom Central-Nervensystem ausgelöste Symptomenreihe, sondern es bedarf vielmehr eines excentrischen Factors, der durch Vermittlung der Nerven- oder Blutbahnen das Gehirn bestimmt, mit einem Anfall zu antworten. Doch müssen wir auch hier einen krankhaft veränderten Zustand des Central-Nervensystems voraussetzen; er bietet die Prädisposition für die Anfälle, doch reicht sie allein nicht aus, um die Psychose hervorzurufen, es bedarf vielmehr einer weiteren d. h. peripher gelegenen Einwirkung, um die disponirten Gehirnfasern zu der specifischen Reaction anzuregen. Unter diesen Ursachen sind zunächst zu erwähnen Uterinleiden, zumal chron. Metritis mit Geschwürsbildung, die Menstruation (vergl. die treffliche Arbeit von Krafft-Ebing, Archiv f. Psychiatr. VIII, pag. 65 Ref.) vielleicht auch Herzkrankheiten, starke Anschwellungen der Schildrüse, Missformung des Schädels etc.

(Zu erwähnen wäre hier auch das von Lasègue als „une espèce nouvelle“ ?? auf dem Congrès international de Méd. mentale aufgestellte Krankheitsbild: ictus initial, répétition des coises séparées par des intermissions ou des rémissions plus ou moins complètes et plus ou moins clurables, ne se reproduisant pas sous un type et avec une durée obligatoire, soit chez les diverses individus ainsi frappes, soit chez le même malade. Annal. méd. psychol. 1878. September pag. 164. Ref.) Verlauf und Ausgänge. Ein ganz gleichmässiger Verlauf, eine vollkommen regelmässige Wiederkehr der Anfälle ist durchaus nicht häufig, manche Fälle büssen die Regularität allmälig ein. Entweder wird der Typus irregulär, oder die Anfälle werden in ihrer Intensität abegschwächt, während zugleich in den Intervallen mehr psychische Krankheitssymptome hervortreten; da-

durch wird der Typus verwischt, es wird aus den intermittirenden eine continuirliche Psychose, die nur noch Remissionen und Exacerbationen zeigt. Eine andere seltenere Verlaufsart ist das allmälige Erlöschen der Anfälle, u. z. tritt dann eine Genesung mit Defect ein oder selbst völlige Genesung. Die Prognose muss im Allgemeinen aber ungünstig gestellt werden.

Behandlung. Der Indicatio causalis wird da zu genügen sein, wo ausgesprochene periphere Momente vorhanden und der Therapie zugänglich sind z. B. Uterinleiden. Bei Herzkrankheiten wird man schon weniger leisten können. Zur Erfüllung der Indicatio morbi wird die Opium- oder Morphiumtherapie in erster Linie zu empfehlen sein; jenes innerlich, dieses endermatisch. Bei Menstrual-Psychosen scheint das Bromkali günstig zu wirken. Die Indicatio symptomatica umfasst die kalten Fomente auf den Kopf bei Kopfcongestionen, Abhaltung aller Reize, Digitalis bei Gefässerregung etc., weiter subcutane Morphium-Injectionen (bei ausgesprochenem. Sexualreiz Opium in Form von Suppositorien oder in kleinen Clysmen) bis zu grossen Dosen ansteigend, ein treffliches Mittel zur Beruhigung, und wenn zeitig genug vor der erwarteten Exacerbation angewendet, die Prophylaxis entsprechend müssen natürlich auch locale Neurosen behoben, muss die Körperernährung erhalten oder verbessert, die Verdauung regulirt werden.

Dies ist in flüchtigem Umriss der Inhalt des interessanten Werkchens, das wir dem Studium der Collegen auf das Wärmste empfehlen. Smoler (Prag).

---

204) **E. A. Hengst** (Pittsburgh): Puerperal Insanity. Vortrag im Pittsb. med. Club.

(The medical and surgical Reporter 1878 August.)

Die allgemein gehaltene klinische Schilderung der Puerperalpsychosen bietet nichts Besonderes. Das vom Verf. empfohlene therapeutische Verfahren ist folgendes: Zur Einleitung der Kur wird ein promptes aber nicht reizendes Abführmittel gegeben. Um Ruhe und Schlaf zu erzielen empfiehlt sich am meisten die Anwendung von Lupulin in grossen Dosen; 30 grains (= 2 gramm) verbunden mit Tinctura Valerianae oder Hyoscyam. oder Conii. Opium ist nur mit Vorsicht zu geben, weil es plötzlichen Collaps bewirken kann. Gegen die maniacalische Aufregung mit Temperaturerhöhung wendet er Digitalis in grossen Dosen mit Opiaten an.

Bromkali ist im allgemeinen nicht zu empfehlen, hat jedoch in kleinen Gaben (10 grains = 0,7) verbunden mit Chloralhydrat (20 = 1,5) alle 2 Stunden oft eine „bezaubernde" Wirkung bei grosser Ruhelosigkeit und heftigen Congestionen des Gehirns.

Bei kleinem frequentem Pulse, unregelmässiger Herzaction empfiehlt sich Digitalis mit mässigen Dosen von Fruchtbranntwein. Ausserdem Tonica, roborirende Diät etc.

Erwähnt seien noch die Zahlenangaben aus amerikanischen Anstalten.

Von 1490 Frauen, welche in den letzten 20 Jahren im Dumont Asylum Aufnahme fanden, litten 169; von 1742 Frauen in Harrisbury 113 und von 207, welche 1875 in das Staatsasyl von Utica aufgenommen wurden, 21 an Puerperalpsychosen. Karrer (Erlangen).

205) **Burkart** (Stuttgart): Der Fall Greiner (4facher Mord) vor dem Schwurgericht in Esslingen.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin und öffentliches Sanitätswesen XXIX, 2.)

Verfasser gibt zuerst die Geschichte des Falles und der Verhandlung mit den Gutachten der Sachverständigen und schliesst hieran eine eingehendere Besprechung und Begründung seines etwas abweichenden Standpunktes in Beurtheilung des Falles.

Die Geschichte desselben ist kurz referirt folgende: (Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.)

Greiner, geboren im Jahre 1843, war von seinem Vater gezwungen gewesen, dessen Handwerk (Schneiderei) gegen seine Neigung zu erlernen. Er lies sich im Jahre 1864 in Stuttgart nieder, heirathete 1871. Er betrieb zuerst die Schneiderei, eröffnete dann eine Kleiderhandlung, kam aber, da er selbst keinen rechten Trieb zum Arbeiten hatte, zurück. Februar 1877 gab er das Geschäft auf und gründete mit einem unverheiratheten Bruder, der Metzger war, eine Schweineschlächterei.

Aber auch dies Geschäft brachte nur Verluste, dazu drückte den Angeklagten schwer eine Bürgschaft für einen Verwandten, dessen Bankerott wahrscheinlich war, Ueberschuldung war vorhanden, zudem kam noch hinzu, dass eine taubstumme Schwester, die Gr. zu sich genommen hatte, mit seiner Frau immer in Zank und Hader lebte. Nun tauchte in Gr. der Gedanke an Selbstmord auf, und auch seine Frau, der er sein Vorhaben mittheilte, war nach kurzem Zaudern entschlossen, dieselbe Todesart zu wählen; während beide sofort darin einig waren, auch ihre 4 Kinder mit aus der Welt zu nehmen. Die Vorbereitungen zu der grässlichen That wurden mit völliger Ueberlegung und grosser Umsicht ausgeführt, die That selbst nach eintägigem Aufschube, in der Nacht auf den 8. März 1877 vollbracht. Angekl. erdrosselte zuerst die 2 jüngern Kinder, mittelst Schnurschlingen zerschlug dann dem dritten mit dem Schlächterbeile den Schädel, drosselte es noch, wie auch schliesslich das älteste 5jährige Mädchen. Nachdem die Frau die Kinder noch in ihr Bett gelegt, gingen sie beide ins Wohnzimmer und hingen sich zusammen am Fenster auf. Die That geschah kurz nach Mitternacht. Morgens gegen 6 Uhr erwachte Angeklagter, dessen Schnur gerissen war, aus der Betäubung, kam bald ganz zu sich und ging dann in das Zimmer seines Bruders, um diesem von dem Geschehenen Mittheilung zu machen. Verhaftet legte er in Ruhe ein ausführliches Geständniss ab. — Das Gericht nahm Selbstmord der Frau und Selbstmordversuch von seiner Seite an und versetzte demnach den qu. Greiner wegen Mordes der Kinder in Anklagezustand. Bei der Grässlichkeit der That, dem eigenthümlichen Benehmen nach der That tauchten Zweifel an der geistigen Gesundheit des Angekl. auf, und wurde derselbe desshalb im Katharinenhospitale in St. der Beobachtung des Med.-Raths L. und dann in Winnenthal der des nun verstorbenen Ober-Medicinalrathes v. Zeller unterstellt.

Im Anfange hatte Angekl. keinerlei Reue und trug sich noch längere Zeit mit Selbstmordgedanken, erst späterhin kam ihm die Einsicht in sein Verbrechen und aufrichtige Reue darüber.

Das *Urtheil der Sachverständigen* lautete auf Geistesgesundheit und der Angeklagte wurde am 8. October 1877 vor das Schwurgericht gestellt. Aus dem Verhöre und den Zeugenaussagen sei erwähnt, dass Angekl. keine gute Erziehung erhielt, dass er immer ziemlich stolz und hochmüthig und nie ein Freund anstrengender Arbeit, ein energieloser willensschwacher Mensch war, ferner dass

er schon mehrere Monate vor der That einmal im Wirthshausgespräche zu einem Bekannten äusserte, dass er, wenn das Metzgergeschäft nicht gehen würde, nicht mehr zu seinem früheren Berufe zurückkehren sondern viel eher vorher sich und die Seinigen umbringen werde.

Die beigezogenen *ärztlichen Sachverständigen* kamen in ihren gutachtlichen Aeusserungen darin überein, dass Angekl. *weder zur Zeit der That, noch vorher oder nachher geisteskrank gewesen sei und dass er die That mit Ueberlegung beschlossen und durchgeführt habe.* Nachgewiesen aber wurde eine beträchtliche *erbliche Belastung* von mütterlicher Seite her. Die Muttersmutter war schwermüthig, der Muttersvater hatte sich ertränkt, eine Mutterschwester war tobsüchtig, ein Mutterbrudersohn im Zuchthaus wegen Mordversuch, die Mutter selbst hysterisch. Bezüglich der geistigen Verfassung, in welcher Angeklagter die That verübt, gingen die Gutachten zum Theil auseinander. Der eine Sachverständige erklärte Angekl. für einen *moralisch verkommenen* Menschen, und leitete die That von seinem hochmüthigen Charakter her, der ihn bestimmt habe, lieber Mord und Selbstmord zu begehen, als in Gant zu gerathen.

Der zweite Sachversändige sprach sich dagegen dahin aus, dass Angekl., wenn auch *mit Ueberlegung*, so doch im Zustande des *Affectes* gehandelt habe. Als erblich belasteter sei er dem Affecte viel mehr unterworfen gewesen, als ein anderer normaler Mensch. Ueber den Begriff „Affect“ entspann sich zwischen Sachverständigen und Präsidenten eine längere Zwischenrede. Ersterer definirte Affect *„als eine solche Störung des Gleichgewichts des Gemüthes, dass gewisse Vorstellungen Herr werden und mehr oder weniger das bewegende Moment im Gemüthsleben werden..“* Ueber die mögliche Dauer des Affectes beim Angekl. befragt, äusserte er sich dahin, dass der Affect der Verzweiflung längere Zeit dauern könne, dass es gefährlich wäre, zu bestimmen, dass der Affect z. B. nur 24 Stunden dauern dürfe, dass ja ein Affect der Liebe, des Hasses, der Eifersucht lange Dauer haben könne; worauf der Präsident entgegnete, dass man dies in der Regel Leidenschaft nenne.

Ein dritter Sachverständiger erklärte sich völlig einverstanden mit den Ausführungen des zweiten, betonte besonders die erbliche Dispositon des Angeklagten, die derselbe leichter dem Affecte auslieferte, bestätigte aber auch, dass Angekl. mit sorgfältiger Ueberlegung gehandelt habe; und bezeichnete auf directe Frage des Präsidenten, den *Zustand, welchen man früher verminderte Zurechnungsfähigkeit hiess, der aber Ueberlegung nicht ausschoss, als Affect* und im speziellen Falle als Affect der Verzweiflung.

Obermedicinalrath von Zeller gab sein Gutachten ebenfalls dahin ab, dass Gr. im Affecte der Verzweiflung gehandelt habe. Nur die Verzweiflung habe einen Mann, der doch seine Familie geliebt, zu einer solch' grässlichen That bringen können. Nachdem einmal der Entschluss gefasst gewesen, so sei er mit klarer entsetzlich kühler Besonnenheit und schärfster Berechnung ausgeführt worden. Ein Räthsel bleibe, wie Angekl. die Ausführung um einen Tag habe verschieben können. *Die That sei ein Product der Ueber-*

*legung aber unter der Herrschaft eines nahezu übermächtigen Affectes.* Nach dem früheren würtembergischen Strafgesetzbuche würde er für Annahme verminderter Zurechnungsfähigkeit sich aussprechen.

Der Angeklagte wurde auf Grund des Wahrspruches der Geschworenen wegen Mords zum Tode verurtheilt; aber zugleich der Gnade des Königs empfohlen.

Verfasser kommt in der von ihm angestellten Untersuchung des Falles zunächst zu demselben Urtheile, wie die Sachverständigen, nämlich, dass Gr. *nicht geisteskrank* war. Gr. habe an keiner transitorischen Störung gelitten, die That mit Ueberlegung ausgeführt — was zwar für sich allein nicht gegen für Geisteskrankheit spräche — und sei sich des Strafbären und Unrechten seiner Handlung völlig bewusst gewesen. Unbestritten sei, dass sich Gr. in gedrückter Stimmung — und dies mit gutem Grunde — befand, dass er aber *im Affect* gehandelt habe, kann Verf. *nicht zugeben.* Die vom zweiten Sachverständigen gegebene Definition des Affectes ist nach ihm eine ungenügende. Das Characteristische für den *Affect* sei dessen *kurze Dauer*, die momentane Ueberschreitung der psychischen Gleichgewichtsgrenzen, während bei der Leidenschaft eine dauernde Verschiebung derselben eintrete. Beim Affecte fehle die Mittelstufe zwischen Wahrnehmen und Wollen, das Combiniren und Urtheilen, es sei daher *durch den Affect die Ueberlegung ausgeschlossen.*

Für Beurtheilung der That sind Verf. andere Gesichtspünkte massgebend; und zwar die *Characterfehler* des Angekl. Willensschwäche, Hochmuth und Rohheit bekunden sich in der Neigung des Schneidersohnes und späteren selbstständigen Kleidermachers zum Schlächterhandwerke. Hochmüthiges stolzes Gebahren sei durch viele Zeugenaussagen erwiesen, und die Willenschwäche, Energielosigkeit als hauptsächlicher Characterfehler ziehe sich wohl erkennbar durch das ganze Leben des Angekl. hindurch. So habe ihm die sittliche Kraft gefehlt, gegen den in ihm auftauchenden Lebensüberdruss anzukämpfen, das ihn bedrohende Unglück mannhaft zu ertragen und sich wieder empor zu arbeiten, sondern er habe es für leichter gefunden, sich und die Seinigen aus der Welt zu schaffen.

Verf. will aber den Angekl. auch *milder* beurtheilt haben, wenn er auch nicht den Grund hierfür im Affecte findet. Eben diese verhängnissvolle Willensschwäche sei ein Ausdruck der erblichen Belastung, dazu sei eine schlechte Erziehung gekommen, so dass also von dieser Seite der Disposition nicht entgegengewirkt, dieselbe vielmehr gefördert wurde. Zum andern sei der Zweck des Mordes auch ein Grund zu milderer Beurtheilung des Verbrechens.

Schliesslich bespricht Verf. noch die Zweckmässigkeit der „verminderten Zurechnungsfähigkeit" im Strafgesetzbuche und findet die Streichung derselben, wie sie im deutschen Strafgesetzbuche stattgefunden, für das practisch Richtige. Dadurch dass mit der Verurtheilung der Angekl. zugleich der Begnadigung empfohlen worden sei, dass ihm vielleicht nach einer bestimmten Zeit Amnestie ertheilt werde, könne auch im Strafvollzuge die mildere Beurtheilung der That im Vergleiche zu einem gemeinen Raubmorde Ausdruck finden.

Karrer (Erlangen).